

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LA NOTION DE SCHIZASTHÉNIE ET SON ASPECT CLINIQUE (1)

PAR

D. T. DIMITRIJEVIĆ

I. INTRODUCTION

En remplaçant la dénomination de la démence précoce de Kræpelin par le nom de schizophrénie, Bleuler, hormis quelques modifications de la notion, n'a apporté aucun changement réel dans le domaine de cette maladie. Le nouveau terme, par lequel il voulait désigner une conception psychologique du processus fondamental de cette maladie, n'a en rien contribué à la précision ni à la limitation plus stricte de la schizophrénie des autres maladies mentales. Au contraire, en parlant des schizophrénies au pluriel, il a élargi encore davantage le cadre de cette maladie en lui donnant une extension plus vaste que ne le fait même Kræpelin. A cause de cela, le défaut principal de la démence précoce, dans la doctrine de Kræpelin, et qui consistait en son très

(1) Travail de la clinique neuropsychiatrique de l'Université de Sarajevo.
Directeur : Professeur Dr Nedo Zec.

grand élargissement, est resté le même. La notion de schizophrénie ressemblait comme auparavant au grand vase, semblable à celui de la grippe ou du rhumatisme, et recevant tout ce que l'on y mettait.

C'est par cela que tous les reproches adressés à la démence précoce restaient aussi valables pour la schizophrénie. Car, bien que la nouvelle notion donnée par Bleuler à cette maladie fût bientôt acceptée par un grand nombre d'auteurs, le nombre des objections présentées n'a pas diminué. Particulièrement caractéristique à cet égard était l'attitude sceptique prise par la plupart des psychiatres français qui n'ont pas trouvé dans cette conception l'entité nosologique que Bleuler voulait lui attribuer. De plus, l'opinion très réservée des autres psychiatres a bien montré que, malgré un accueil formel, elle n'a pas pu être acceptée et que la question de la schizophrénie n'a pas trouvé une solution satisfaisante. C'est ainsi que de même que pour la démence précoce, où surtout Hoche et Ziehen se sont déclarés contre Kræpelin, des voix se sont élevées contre la conception de Bleuler. Ces voix, qu'on entendait déjà au début, sont devenues plus fortes, surtout après l'année 1926, quand Bleuler modifia sa conception primitive et, contrairement à sa première opinion considérant la schizophrénie comme un « groupe de maladies », proclama que c'était une « entité clinique et anatomopathologique ». Les reproches qu'on a faits ici, ne portent pas seulement sur ses bases psychologiques et surtout sur la notion d'autisme, mais aussi bien sur son élargissement et sur la détermination nosologique. C'est ainsi que, en plus de Mayer-Gross, Minkowski, Mignard et Toulouse, qui ont soumis à la critique toutes ces bases psychologiques, P. Courbon a reproché à Bleuler sa définition insuffisante des symptômes principaux de la schizophrénie, par lesquels elle ne peut pas être distinguée des autres maladies mentales. Une critique sévère a été émise récemment aussi par H. Ey, qui reproche surtout à Bleuler la grande variabilité des symptômes schizophréniques qui ne peuvent être embrassés dans une entité clinique.

Cet état de choses dans la question de la schizophrénie, qui date de l'introduction de sa notion, est une preuve que la schizophrénie est encore une question ouverte qui n'a pas abouti à une solution définitive. A cause de cela, ont été faites plusieurs tentatives de définir plus précisément la notion fondamentale de la schizophrénie et de restreindre ses limites. Cependant tous ces essais peuvent être divisés en deux catégories. Les uns, ont eu pour but d'approfondir la notion de schizo-

phrénie et de pénétrer plus profondément dans le noyau de sa nature et, en restreignant son étendue, de la réduire à une entité nosologique bien déterminée. Les autres essais avaient tendance à partir de la périphérie et à isoler de son domaine toutes les formes dont les symptômes n'appartiennent pas à la schizophrénie. En dépit de grands efforts et des faits psychologiques importants ainsi obtenus, la première manière, par laquelle on voulait éclaircir le trouble fondamental, n'a abouti à aucun résultat pratique. En étudiant cette question, P. Courbon a montré que la dissociation schizophrénique, posée par Bleuler comme un de ses troubles fondamentaux, peut se trouver aussi dans les autres maladies mentales, et que de ce côté-là, on ne peut rien obtenir. L'autre manière, plus modeste que la première, ne prétendait point à un tel résultat, mais en rejetant tout ce qui ne lui appartenait pas, voulait seulement restreindre les limites et les réduire à la schizophrénie vraie. C'est en partant de ce principe que Bleuler lui-même a isolé plus tard, de sa forme primitive, une forme légère, et que dans le même groupe se trouve l'hébéphrénie de Kahlbaum, dans laquelle ne se manifeste pas davantage aucun des symptômes schizophréniques fondamentaux.

En se tenant à ce principe d'isolation graduelle de certains groupes de noyaux schizophréniques, nous avons aussi tenté, dans ce travail, d'isoler du domaine très élargi de la schizophrénie un groupe spécial, qui jusqu'à maintenant appartenait d'un côté à la schizophrénie et de l'autre aux maladies névrotiques. De cette manière, nous avons créé une nouvelle forme qui se trouve entre ces deux groupes et qui, s'appuyant sur eux, montre dans ses symptômes aussi bien le caractère schizophrénique que le caractère névrotique.

II. LE SYNDROME ASTHÉNIQUE

En posant dans cette forme l'asthénie comme le symptôme principal autour duquel sont groupés les autres, il convient de le connaître de plus près. Il est bien connu que la notion d'asthénie appartient à celles qui sont les plus anciennes de la médecine, et nous la trouvons déjà chez quelques médecins grecs. C'est ainsi qu'Hippocrate la mentionna plusieurs fois dans ses écrits. Tout de même, bien qu'elle provienne des temps classiques, elle n'a jusqu'à aujourd'hui rien perdu de son importance. De plus, avec l'évolution de la médecine, peu à peu la notion d'asthénie a aussi

évolué, et au cours des temps a pris un aspect tout différent. C'est ainsi qu'on la voit établie, tant au sens psychologique qu'au sens clinique actuel, comme manifestation, dans des maladies très diverses.

Si nous suivons l'asthénie dans son développement, nous verrons qu'une étude scientifique n'apparaît qu'à la fin du dernier siècle, cela dans plusieurs phases et sous plusieurs formes. Tout d'abord, apparut la conception de Beard qui, en 1880, a décrit pour la première fois la vraie nature de cette maladie. Ses symptômes principaux étaient une faiblesse générale, se manifestant sous forme de troubles très divers, à cause desquels les malades ne se sentent plus capables des efforts nécessaires à la vie. De plus, des signes d'une émotivité exagérée en sont la deuxième caractéristique. Cette notion de neurasthénie de Beard a été bientôt acceptée par un grand nombre de médecins, devenant ainsi une acquisition des plus grandes de la médecine contemporaine.

Une autre contribution à cette question est représentée par les recherches de P. Janet, qui sous le nom de psychasthénie, a décrit cette maladie du côté psychologique. Sous ce nom, Janet comprend un état fonctionnel qui n'apparaît pas seulement à cause d'altérations cérébrales, mais se manifeste par une faiblesse et par une insuffisance psychique permanentes. Comme conséquence de cet état, l'abaissement du sens du réel qui en résulte apparaît être le trouble fondamental. A cause de cela, le malade psychasthénique s'adonne à des sentiments peu réels, comme à des fantaisies illusoires et à divers doutes pénibles.

Cette conception de Janet a été également acceptée par beaucoup d'auteurs, notamment par ceux dévoués à la médecine psychologique. Car, bien que sous cette forme ne se comprenne pas aujourd'hui la même maladie, le nom de psychasthénie est tout de même resté le même. C'est ainsi que sous cette dénomination on comprend d'un côté des psychopathies diverses, de l'autre côté les névroses convulsives et les dépressions. Un tel élargissement de la notion d'asthénie sur les troubles semblables a eu lieu sans doute parce qu'à la base d'abaissement du tonus psychique peuvent se manifester aussi les autres signes psychopathiques.

En plus de l'application de la notion d'asthénie à ces deux formes morbides, dans lesquelles l'asthénie a trouvé son meilleur aspect clinique, elle a aussi été étudiée dans le domaine constitutionnel, tant du côté somatique que psychique. Des recherches dans ce sens ont montré qu'il existe une grande affinité de l'as-

pect extérieur avec les qualités correspondantes psychiques. On a ainsi essayé d'édifier les bases corporelles de l'asthénie qui s'exprimeraient dans une constitution corporelle particulière. D'autre part, on s'est efforcé d'étudier l'asthénie par son côté fonctionnel et d'en rechercher les qualités physiologiques déterminées. De cette manière se sont formées deux méthodes, dans les recherches sur l'asthénie, qui ont servi de bases à toutes les investigations ultérieures.

La première de celles-ci, la méthode morphologique, a montré son importance surtout dans les recherches constitutionnelles de Kretschmer, qui a décrit dans son type leptosome toutes ses propriétés asthéniques. Car, bien que ce type-là fût connu auparavant sous le nom d'*habitus asthenicus* de Stiller, c'est Kretschmer qui lui a donné une caractéristique plus exacte. C'est ainsi qu'il a trouvé dans son type leptosome, au contraire du type pynique, toutes les propriétés d'une constitution asthénique. Il a embrassé dans ce type les hommes à poitrine étroite, muscles faibles et articulations tendres, avec une tête prolongée et la peau mince. Dans ce type, Kretschmer a décrit l'asthénie de son côté morphologique, auquel correspond aussi une constitution psychique bien déterminée. A l'égard de cette qualité morphologique de l'asthénie, il a été essayé de la caractériser de son côté physiologique, qui se manifesterait dans les divers troubles fonctionnels. Ainsi, les investigations de Davis, Haldane, Leysser, Franck et Weiss ont démontré que ces troubles existent réellement, s'observent dans tous les organes du corps et qu'ils se manifestent surtout par des troubles métaboliques. Une importance toute particulière est à accorder aux recherches de D. Iahn, qui a mis en évidence toute une série de troubles se manifestant dans les fonctions somatiques. On a donc constaté que, dans l'asthénie, à côté de modifications morphologiques, il existe aussi des troubles physiologiques, qui se manifestent dans les troubles fonctionnels.

Les résultats de ces recherches ont modifié, dans une certaine mesure, notre opinion sur l'asthénie corporelle. Ils ont démontré que l'asthénie peut être purement fonctionnelle et n'être pas toujours sous la dépendance de l'état somatique, qu'elle peut par conséquent se manifester chez des sujets n'ayant pas un aspect asthénique. C'est pour cela que Benon, en soulignant l'importance de la fonction, croyait que sous l'asthénie il faut comprendre en première ligne l'état de la résistance diminuée contre toutes les influences extérieures. Par une telle formulation comprenant à côté des fonctions corporelles, également les fonctions psychi-

ques, on a mis en évidence que l'asthénie apparaît comme un trouble de l'organisme tout entier.

S'appuyant sur ces constatations, Benon est d'avis que l'asthénie peut se manifester aussi bien comme conséquence des maladies organiques que pour des causes constitutionnelles. Parmi ces causes organiques on range en première ligne les infections, puis les causes toxiques, traumatiques et organiques, par lesquelles s'exerce une altération de tout le cerveau. Parmi celles-ci, une place particulière appartient à la syphilis du système nerveux qui se manifeste le plus souvent dans le stade chronique, et qui se caractérise aussi, à côté des signes asthéniques, par des signes irritatifs. En second lieu viennent les asthénies constitutionnelles, dans lesquelles ces signes apparaissent sur une base constitutionnelle, sans aucun symptôme d'altération extérieure. Le trait commun dans toutes ces asthénies, aussi bien somatiques que psychiques, est une diminution de résistance contre toutes les causes extérieures qui se manifestent sous forme de divers troubles somatiques et psychiques.

On retrouve une opinion semblable à celle de Benon chez Catalan, pour qui les asthénies corporelles et psychiques ne peuvent pas être séparées. Comme trouble principal apparaît la faiblesse musculaire, aussi bien que les phénomènes psychiques, qui ne s'accompagnent d'aucune confusion ni d'hallucinations. Comme facteur étiologique figure la grippe, après laquelle se manifestent les signes d'asthénie, qui le plus souvent sont la conséquence d'une atteinte surrénale.

Parmi d'autres contributions à cette question, il faut mentionner aussi l'opinion de Genil-Périn, pour qui l'asthénie n'est pas une maladie dans le vrai sens du mot, mais une forme morbide, conséquence de causes extérieures très diverses. C'est pour cela que les signes de l'asthénie s'observent toujours lors d'un surmenage du système nerveux où l'asthénie a pour cause une fatigue excessive.

Du point de vue clinique, il faut citer encore l'opinion de I. Aasland, qui a observé les signes sthéniques chez un grand nombre de malades. D'après cet auteur, l'asthénie n'est qu'une faiblesse générale, aussi bien corporelle que psychique, qui se manifeste sous la forme de grande fatigabilité, labilité affective, stigmatisations vaso-végétatives et hypersensibilité, dans une personnalité tout à fait intacte. Ce syndrome est, dans la plupart des cas, héréditaire, quand il se manifeste sous la forme d'une infériorité générale, ou bien peut être acquis, quand il apparaît sous l'influence de diverses actions extérieures. Parmi celles-ci, il faut

citer les intoxications, les avitaminoses, les parasites, ainsi que les affections du cœur, des reins et du sang.

De tout ce qui précède on voit que, bien que toutes les opinions sur l'asthénie ne soient pas conformes, se dégage toutefois un syndrome, qui se manifeste comme conséquence des causes très diverses. Ce syndrome, décrit d'abord par Beard, et nommé d'après lui « irritable weakness », comprend en réalité deux composants. Le premier est le composant de la faiblesse, qui se manifeste dans toutes les fonctions du corps. L'autre est celui de l'hypersensibilité et de l'irritabilité, qui consiste en une excitabilité et une réagibilité anormale à toutes les excitations extérieures. A côté de ceux-ci, qui sont les principaux, apparaissent aussi la labilité affective, ainsi que les signes d'une dystonie neuro-végétative agissant dans le sens parasympathicotonique. A la suite de cela, les malades asthéniques deviennent peu résistants aux efforts et se sentent insuffisants pour toutes les difficultés dans leur vie.

III. L'ASTHÉNIE DANS LA SCHIZOPHRÉNIE

Paraissant comme signe dans des maladies très diverses, le syndrome de l'asthénie est notamment fréquent dans toutes les maladies du cerveau. C'est ainsi qu'on voit les troubles asthéniques, en premier lieu, dans les affections artériosclérotiques et toxiques, où il se manifestent sous forme de faiblesse et de résistance diminuée contre toutes les causes extérieures. En décrivant l'asthénie dans des maladies très diverses, Benon a souligné sa présence dans les maladies du cerveau, où le syndrome asthénique apparaît à la suite d'une réagibilité diminuée du cerveau tout entier. C'est ainsi qu'il parle des signes asthéniques dans les démences organiques, où ces signes ont été observés à côté d'une déchéance psychique générale. En dehors de cela, il est bien connu que les symptômes asthéniques peuvent être aussi observés dans toutes les affections cérébrales traumatiques, où ils se manifestent sous la forme d'une faiblesse psychique générale, de fatigabilité et de déchéance de toutes les fonctions associatives et mnésiques.

En dehors de l'apparition des signes asthéniques dans les diverses maladies du cerveau, on peut encore les observer aussi dans la schizophrénie. Les signes de ce syndrome apparaissent ici déjà du fait même que le type leptosome ou asthénique de Kretschmer fait pressentir un type constitutionnel, ayant une affinité particu-

lière pour la schizophrénie. A cause de cela, on voit la schizophrénie chez les hommes présentant ce type constitutionnel plus souvent que chez les autres. Parmi les attributs psychiques de ce type, on trouve parfois aussi des symptômes schizophréniques ou schizoïdes, lesquels s'observent très souvent dans la schizophrénie vraie. C'est ainsi que dans les dispositions du caractère schizophrène, ou la « proportion psychasthénique », nous voyons beaucoup d'aptitudes psychiques, qui dans la sphère du tempérament auraient les mêmes contrastes entre l'irritabilité d'un côté et la torpidité de l'autre, que l'on voit chez les cycloïdes dans la sphère du tempérament avec les phénomènes de la gaieté et de la tristesse.

Un tel lien constitutionnel de l'asthénie à un type asthénique dans la sphère somatique, corrélations psychophysiques déjà décrites chez Sigaud, Chaillous et Mac Auliffe, démontre bien l'importance que l'asthénie a pour la schizophrénie. Des recherches ultérieures ont approfondi cette question, en lui donnant des bases nouvelles, et par là, aussi, de nouvelles affirmations cliniques. Ainsi Benon, qui le premier dans ces derniers temps a remarqué l'importance de cette question, en traitant ce problème de plusieurs côtés, a souligné surtout son rôle dans la démence précoce, dans laquelle on peut trouver les signes asthéniques bien avant l'apparition de la démence. Une opinion semblable a été émise aussi par I. Aasland, qui considérant l'asthénie comme une espèce de névrose héréditaire, admet qu'elle montre incontestablement, en qualité de manifestation chronique, une affinité très prononcée pour la schizophrénie. A cause de cela, cet auteur est d'avis que l'asthénie apparaît sous forme de symptômes différents au début de la schizophrénie, quand les vrais symptômes schizophréniques ne se sont pas encore développés.

En faveur d'un rapport très proche de l'asthénie avec la schizophrénie plaident aussi les faits de la pathologie constitutionnelle et en première ligne ceux auxquels, dans ses travaux, a abouti Kretschmer. En examinant la constitution corporelle des malades schizophréniques, Kretschmer a constaté que plus de 46 % de ceux-ci ont un aspect asthénique du corps, ce qui veut dire qu'on l'a trouvé presque chez une moitié des schizophrènes. Des faits pareils ont été constatés également par Plattner, qui a étudié la constitution corporelle chez 100 malades schizophrènes, atteints depuis longtemps de cette maladie. La plupart de ces malades, soit 40 %, ont un type constitutionnel typique, tandis que les autres étaient athlétiques, displastiques et même

pycniques. Chez tous les asthéniques existaient des modifications typiques dans toutes les parties du corps, notamment celles de la tête et du tronc.

En dehors de ces phénomènes asthéniques dans la structure corporelle et l'aspect extérieur, on a trouvé aussi des troubles typiques dans leurs fonctions intérieures. En examinant les troubles du métabolisme chez un grand nombre de psychopathes asthéniques et aussi de schizophrènes, D. Jahn a constaté que les troubles typiques de l'asthénie se rencontraient chez 64 % des schizophrènes, ce qui correspond bien au pourcentage des changements constaté par Kretschmer dans la constitution corporelle.

Ces données statistiques s'accordent bien avec les expériences des cliniciens, qui ont trouvé assez souvent les phénomènes asthéniques chez les schizophrènes aux stades initiaux. Dans ces cas seulement, les troubles asthéniques n'apparaissent qu'exceptionnellement sous la forme asthénique pure, mais plus souvent sous la forme de divers troubles neurasthéniques et psychasthéniques. Ainsi, d'après Mayer-Gross, ils ont été observés très souvent sous la forme de diverses plaintes hypocondriaques qui apparaissent ordinairement avant le début de l'hébéphrénie. Parce que ces états peuvent se prolonger assez longtemps et durer quelquefois plusieurs années, ils masquent souvent par ces signes la nature vraie de la maladie, qui est parfois très difficile à reconnaître. De plus, Mayer-Gross a souligné le fait que ces schizophrénies latentes peuvent se manifester sous la forme de la psychasthénie de Janet qui quelquefois peut avoir un aspect très différent et durer très longtemps. Dans ce sens, il faut citer surtout les cas décrits par K. Schneider, dans lesquels les signes de schizophrénie déclarée n'ont apparu que six mois après les signes de la névrose obsessionnelle. Il faut mentionner de même, d'après Mayer-Gross, le cas de Jahrreis, chez lequel la psychasthénie sous forme d'anxiété, de peur et de symptômes obsessifs, a duré très longtemps avant l'apparition des premiers symptômes schizophréniques.

Enfin la question des signes asthéniques dans la schizophrénie a été étudiée aussi par H. Claude et P. Nicoud qui, dans un travail récent, ont attiré l'attention sur cette question. En examinant les rapports de ces deux maladies, ces auteurs ont souligné nombre d'éléments du syndrome psychasthénique, parmi lesquels surtout les obsessions, les doutes, les scrupules, les déficiences de la volonté et le fléchissement de l'activité et de l'affectivité, qu'on rencontre souvent au début et au cours des états

psychasthéniques, mais qui se manifestent plutôt comme des schizophrénies. En examinant ces symptômes ils ont conclu que les symptômes psychasthéniques, qu'on voit dans certaines psychoses avant l'apparition de la maladie, se manifestent quelquefois aussi dans la schizophrénie, qui d'après eux n'est pas une maladie créative et ne présente point une activité obsédante.

IV. LA SCHIZASTHÉNIE

On voit par tout cela combien grande est l'affinité de la schizophrénie pour un type asthénique et comme souvent l'on rencontre la schizophrénie chez les hommes qui, physiquement et psychiquement, ont des caractéristiques asthéniques. Toutefois, tout cela ne nous montre qu'un lien extérieur entre l'asthénie et la schizophrénie, sans entrer plus profondément dans leurs rapports intérieurs. Car, si nous les examinons de plus près, nous verrons que ce lien est plus intime qu'on ne le croit et qu'il ne s'agit pas seulement d'une disposition de l'asthénie à la schizophrénie mais de quelque chose de plus profond. Par un examen plus approfondi on a vu que ce rapport se présente aussi dans le fait phénoménologique que les symptômes de la schizophrénie se manifestent sous forme d'asthénie. Ce sont des cas qui s'observent sous l'aspect d'une faiblesse corporelle et psychique générale, et dans lesquels les malades deviennent incapables de vie sociale. Hors cela, on observe encore chez eux des signes d'une grande irritabilité et excitabilité qui, au contraire de ceux observés dans la neurasthénie, prennent une telle étendue qu'ils les rendent impossibles dans le milieu social. Tous ces faits deviennent ici si prononcés qu'ils prennent le pas sur les autres et dominent l'image de la maladie.

En observant ces cas depuis plusieurs années nous avons remarqué que la plupart d'entre eux se trouvent au cours du traitement ambulatoire ou sous la forme de malades neurasthéniques et psychopathes qui vont consulter un médecin après l'autre. D'autres moins nombreux s'en vont aux hôpitaux, où ils se trouvent parmi les malades traités tant dans les services neurologiques que dans les services psychiatriques. Ce qui est le plus caractéristique, c'est la grande persistance des troubles, qui peuvent se prolonger pendant des années et rester réfractaires à tous les traitements. De tous les malades observés, nous n'apporterons que quatre exemples chez lesquels les troubles asthé-

niques ont été les plus marqués. Trois de ces cas se trouvaient en traitement clinique, tandis que le quatrième était en traitement ambulatoire puisque beaucoup de ces malades ne veulent pas aller à l'hôpital.

OBSERVATION 1. — N. M., femme de ménage, non mariée. Bien faite et nourrie. Dans l'enfance toujours très nerveuse et anxieuse. Depuis quatre-cinq ans, après un accident déplaisant dans son mariage, devint très faible, ne pouvait pas dormir, se fatiguait très vite et ne pouvait rien faire. A cause de cette faiblesse, elle restait couchée toute la journée, ne pouvait supporter personne près d'elle, et désirait seulement être seule. Dans cet état, elle ne voulait pas être dérangée, même par ses amies les plus intimes. Pour les éviter, elle a pris une chambre plus petite et plus sombre. Elle ne voulait pas aller à l'hôpital, le refusant le plus énergiquement, et même la pensée d'y être conduite lui était insupportable. Pendant l'examen, raisonne bien, bien orientée, et sans aucun phénomène psychotique déclaré. Pas d'hallucinations ni d'idées paranoïdes. Chez elle, toujours couchée, elle ne s'intéresse à rien, ne peut pas lire, et pense seulement à sa maladie.

Examinée alors qu'elle se trouvait dans cet état depuis dix ans, et puis encore deux années plus tard. Elle se plaignait toujours de n'avoir plus de forces et de ne pouvoir se tenir debout, d'être obligée pour cela de rester couchée. Aussi ne peut-elle dormir et, après de telles nuits, se sent surtout affaiblie. Pendant toute la journée elle est seule, ne peut supporter personne auprès d'elle, et se sent troublée même par sa mère, qui n'ose pas entrer dans sa chambre. Pendant les dernières années, on l'amenait aux bains, mais, là, ne se sentait pas bien non plus, car on la troublait partout, de sorte que nulle part elle ne pouvait trouver la paix. Depuis deux ans, inquiétée toujours par les voitures dans les rues, elle s'est fait transporter dans une maison solitaire, la vie dans la ville lui devenant insupportable. A l'examen, apathique, sans hallucinations ou autres signes psychotiques, se plaignant seulement d'une faiblesse énorme, qui ne lui permet pas de travailler à quoi que ce soit. Elle ne s'intéresse non plus à rien, pas même aux livres, aux journaux, et reste presque toute la journée dans son lit.

OBSERVATION 2. — V. S., âgée de 26 ans, fonctionnaire, non mariée. Dans l'enfance, toujours faible et craintive. Pendant la guerre, elle s'était plusieurs fois effrayée. Il y a quatre ans, elle eut quelques difficultés familiales ; depuis ce temps, elle a changé et est devenue triste. Elle se plaint de faiblesse et lassitude, de douleurs dans tout le corps. En dehors de cela, elle a aussi des maux de tête et des vertiges, de sorte qu'elle ne peut pas aller régulièrement au travail

qu'elle a été obligée de quitter. Depuis ce temps-là, elle ne travaillait à rien, et à cause de sa maladie se trouvait toute la journée au lit. En dehors de cela, elle se sentait très nerveuse et irritable. Ne pouvait supporter personne près d'elle, et tout le monde l'inquiétait et l'irritait, même sa mère, qu'elle a toujours aimée. Elle a passé deux ans dans un tel état, après quoi elle fut transportée à la clinique.

A l'examen, se plaint d'une faiblesse générale. Autrement elle est bien, bien orientée, sans hallucinations ni idées paranoïdes. Elle déclare qu'elle a aussi des douleurs aux jambes, et que pour cela elle est obligée de rester couchée, sans cela se porte bien et n'a présenté aucune maladie mentale. Pendant tout le séjour à la clinique, elle se trouve toute la journée au lit et ne veut pas se lever, car elle dit qu'en se couchant elle se sent plus à l'aise. Elle n'a aucun contact avec les autres malades, n'obéit pas aux infirmières et n'accepte pas les conseils des médecins. Dans les entretiens avec les médecins, elle est très officielle, froide, polie, mais aussi hautaine et têtue. Ne s'intéresse à rien, ne veut ni lire ni travailler, puisque « chez elle n'a pas non plus travaillé ». Dans cet état, on lui a donné soixante injections d'insuline, avec trente-trois comas, mais, malgré cela, son état ne s'est pas amélioré. A la demande de sa mère, on la laisse rentrer à la maison.

Au bout de deux mois, elle dut retourner à la clinique. Sa mère a déclaré qu'à la maison elle était devenue insupportable et maltraitait toute la famille. N'a travaillé à rien et était très irritable. A la clinique, comme auparavant, elle est toujours au lit, et se présente froidement. Elle n'obéit pas aux infirmières, est très opiniâtre et négativiste. Cet état ne s'est pas amélioré et, même après une dizaine d'électrochocs, il est resté presque le même.

OBSERVATION 3. — K. Sch., 21 ans, serrurier de profession. Ne se rappelle pas ses maladies d'enfance. Avant 7 ans, a été atteint de typhus, après quoi il est devenu faible et épuisé. Pour cela, il consulta plusieurs médecins, se mit au repos, mais après cela ne se sentit pas mieux. Plus tard, il a perdu le droit à l'assurance sociale et a quitté le travail. A présent, il est chez lui et ne s'occupe d'aucune profession. Il sent une faiblesse et a des douleurs dans tout le corps. De même, il ne peut pas marcher et surtout ne peut rester longtemps debout. Il doit s'asseoir. Chez lui, il est habituellement couché, et c'est dans cette position qu'il se sent le mieux. En dehors de cela, il se sent nerveux, tout l'inquiète, et il ne peut rien supporter. Avec les autres il n'est pas en bons termes, et très souvent il est en conflit. Quelquefois il devient anxieux et a une peur, sans savoir d'où elle vient. Il a toujours peur que quelque chose lui puisse arriver et, en ce moment, ne peut trouver la paix. Parce que chez lui il est toujours inquiet, il va à la ville, bien qu'il se sente mieux quand il est couché.

Dans la rue aussi, il est nerveux, ne peut supporter personne, et a peur de se quereller avec quelqu'un, ou d'être cause de quelque incident. Il n'a de patience nulle part, même au cinéma, qu'il doit quitter très souvent avant la fin du film. Souvent il se met en colère et se sent tourmenté pour quelque chose, et ne peut trouver la paix nulle part. Pas d'hallucinations ni d'idées paranoïdes. Le courant de la pensée est régulier. Il s'exprime assez vite et sans troubles.

OBSERVATION 4. — E. R., 34 ans, étudiante, non mariée. Elle se sent malade depuis quatre ans, quand elle a quitté ses études et trouvé un office pour y travailler. Elle fut occupée comme institutrice pendant trois ans, pendant lequel temps elle ne se sentait pas bien. Était toujours faible et épuisée, n'avait pas de force, de sorte que parfois ne pouvait se tenir debout. En dehors de cela, elle ne pouvait pas dormir, se sentait toujours mal disposée et était très nerveuse et irritable. Tout le monde l'inquiétait, ainsi que très souvent elle venait en collision avec les autres. Dans ces cas, elle tremblait beaucoup et se retenait avec peine d'attaquer physiquement quelqu'un. Pourquoi elle était comme ça, elle ne peut pas le dire. La moindre chose lui suffisait pour l'énervier et la mettre en colère. A cause de conflits fréquents dans le bureau où elle travaillait, elle a été congédiée. Elle a trouvé ensuite une autre occupation, mais, là, la même chose se répéta. Elle devint aussi nerveuse et insupportable, et, après un conflit avec le chef de l'institution, elle fut forcée de la quitter.

Ensuite, elle était restée pendant quelque temps avec ses parents, mais elle ne se sentait pas mieux, était faible et très nerveuse. Elle ne pouvait rien faire et se reposait toute la journée. Malgré cela, elle n'avait pas de forces, était sensible et mécontente. En dehors de cela, elle est devenue très irritable, se querellait et grondait perpétuellement. Après un accès où elle ne savait plus ce qu'elle avait fait, on l'avait transportée à la clinique. A l'examen, elle se plaint d'une faiblesse générale et, surtout, d'une irritabilité très grande. Elle donne une histoire très détaillée de sa maladie, avoue qu'elle était insupportable et qu'elle devait être amenée à la clinique. En dehors de la faiblesse, elle a aussi mal à la tête, des palpitations de cœur et une excitation dans tout le corps. Mais elle ne croit pas qu'elle soit devenue folle, et l'on ne peut constater, ni hallucinations, ni idées malades. Elle parle vite, d'une manière très irritable et peu équilibrée, mais logiquement, et n'est pas dissociée. Dans un tel état, elle a reçu huit électrochocs, après quoi elle fut moins irritable et a quitté la clinique.

Si nous essayons d'extraire quelques traits communs de ces quatre cas, ainsi que des autres cas observés, nous verrons que c'est surtout le tableau clinique neurasthénique qui se présente

ici dans une forme plus accentuée. Chez tous ces malades on pouvait observer, en premier lieu, une faiblesse et une lassitude très grandes, qui se manifestaient sous forme de troubles corporels et psychiques bien déterminés. Cette faiblesse se présentait surtout dans notre premier cas où elle dura plus de 15 années et pendant ce temps sans aucune amélioration. Ni aucune médication, ni conseils ou persuasions de la part des médecins n'ont eu aucun succès, de sorte qu'en plus de l'intensité de ces troubles, leur opiniâtreté et leur longue durée sont aussi caractéristiques. D'autre part, il existait chez ces malades des signes d'une grande sensibilité et irritabilité, ayant été cause de divers accès et qui les ont rendus insupportables pour leur entourage. Ces composants névrotiques qui, dans la plupart des cas, se manifestaient ensemble, se sont pourtant développés dans ces cas d'une façon très différente. C'est ainsi que, dans les deux premiers cas, se manifestait surtout le composant asthénique, tandis que dans les deux derniers c'était le composant névrotique. A cause de cela, on observait chez les deux premiers malades des symptômes d'asthénie et de lassitude générale, qui se manifestaient dans toutes leurs fonctions et à cause desquels ils se reposaient et étaient couchés tout le temps. Chez les deux derniers, ce sont les symptômes névrotiques qui se manifestaient sous forme d'une grande hypersensibilité et irritabilité, étaient cause de conflits avec tout le monde et d'accès qui les rendaient impossibles et insupportables.

Mais à côté de ces signes, considérés comme symptômes capitaux pour ces cas, il en existait aussi d'autres qui étaient moins visibles mais par lesquels ils n'appartenaient plus au cadre neurasthénique. L'isolation du monde extérieur, et le retirement en soi-même de la première malade, étaient si prononcés, qu'elle mena pendant des années une vie tout à fait solitaire. En dehors de cela, on observait chez elle aussi une inaccessibilité très marquée et du désintérêt pour ce qui se passait autour d'elle. A cause de cela, elle resta inaccessible à toutes les influences suggestives et devint négativiste, ce qui lui donnait un aspect psychotique. Comme chez cette malade, on observait aussi chez l'autre quelques signes qui les faisaient sortir du domaine de la neurasthénie. C'est ainsi qu'à côté des signes d'une faiblesse générale et d'une irritabilité très prononcées, chez elle il existait encore cette allure froide, désagréable et artificielle, qu'on trouve comme trait typique dans la schizophrénie. En dehors de cela, son allure schizophrénique, son inaccessibilité et

le refus de toutes les suggestions lui donnaient l'aspect d'une forme négativiste.

Quant aux deux autres cas observés, les troubles qu'ils présentaient ont, aussi, quelques traits qui les faisaient ne plus appartenir au domaine de la neurasthénie. Ainsi apparaissait ici, en premier lieu, l'intensité de leur irritabilité, qui dépassait les mesures caractéristiques de la neurasthénie, irritabilité par laquelle ils devenaient impossibles dans les milieux où ils travaillaient. Ce sont cette irritabilité et l'inaptitude à se freiner, qui les rendirent insupportables et les conduisirent à l'hôpital psychiatrique.

Enfin, ces troubles asthéniques ont plus ou moins exercé aussi leur influence sur les facultés intellectuelles de ces malades. En même temps faibles et irritables, occupés toujours de leur maladie, ils ne pensaient qu'à eux-mêmes et s'intéressaient peu à tout ce qui se passait autour d'eux. A cause de cela, leur horizon intellectuel était très rétréci, ce qui se reflétait sur les autres facultés psychiques en produisant une torpeur générale.

De tout cela, il s'ensuit que les formes présentées dans ces cas diffèrent de celles de la neurasthénie, dans lesquelles ces troubles ne sont pas si prononcés. C'est ainsi que leur faiblesse si intense, opiniâtre et prolongée, ainsi que leur allure froide, inaccessible et autistique envers toutes les personnes de leur entourage, les ont isolés des malades neurasthéniques chez lesquels ces traits ne sont pas si accentués. De même, leur sensibilité était d'une autre sorte que celle qu'on rencontre dans la neurasthénie. D'autre part, ces phénomènes étaient d'un autre aspect que ceux qu'on observait dans la schizophrénie, aussi bien que dans l'hébéphrénie. Une faiblesse prononcée dans la sphère corporelle et psychique d'un côté et l'irritabilité de l'autre étaient si marquées et dominaient tellement le tableau clinique qu'elles ne pouvaient être rangées dans aucune des formes de schizophrénie.

Tout cela démontre qu'il s'agit ici d'une forme spéciale de schizophrénie dans laquelle l'asthénie se manifeste comme symptôme principal et, à cause de son intensité, de son opiniâtreté et de sa longue durée, ainsi qu'à cause des autres signes accessoires, lui donne un caractère psychotique. C'est pour cela qu'elles doivent être rangées dans un autre groupe de schizophrénies asthénique, auquel nous donnerons le nom de schizasthénie, dans lequel le syndrome asthénique reçoit des propriétés schizoïdes, par lesquelles il se distingue des autres asthénies. Cette

dénomination nous semble convenir, pour cette raison que, par elle, à côté du terme *asthénie* par laquelle on désigne le tableau clinique de cette maladie, on donne dans le terme *schizo* la signification de sa nature, par laquelle elle se distinguerait des *neurasthénies* et des *psychasthénies*.

Cependant, sous le nom de *schizasthénie*, on ne désigne pas seulement les cas où les symptômes *asthéniques* seraient ainsi représentés. Dans le même domaine entrent aussi les formes moins prononcées dans lesquelles les phénomènes *asthéniques* se manifestant au début de la maladie seraient plus tard accompagnés des autres signes *schizophréniques*. Les cas de cette forme, constatés dans nos observations, sont bien connus dans la littérature où on les admet comme formes qui commencent par des symptômes *névrotiques* et qui appartiennent au groupe des *schizophrénies latentes*. Ce fait nous démontre bien que ces symptômes ne sont autre chose que les formes spéciales de *schizophrénie*, qui aboutissent plus tard à une vraie *schizophrénie*. Cela nous prouve qu'à côté des formes pures de la *psychasthénie* existent aussi des formes transitoires, qui dans ce stade, quelquefois très prolongé, doivent aussi être désignées sous le nom de *schizasthénie*.

En dehors de cela, une *schizasthénie* peut aussi apparaître dans une forme prolongée qui s'installe après un accès *schizophrénique aigu*. C'est ainsi qu'après une période d'idées *paranoïdes* plus ou moins prononcées, ces idées cèdent peu à peu et sont remplacées par des signes de *schizasthénie chronique*. De même on observe surtout des cas d'autres formes *schizophréniques* prononcées, qui passent à un état d'*asthénie* très prolongé, où les malades devenaient longtemps incapables. On voit aussi ces formes après un traitement actif de la *schizophrénie*, ou après la disparition des symptômes primaires, dans lesquelles apparaissent les signes d'une *asthénie générale* dans laquelle les malades sont incapables de rien faire. Cependant, ces formes qui sont parfois qualifiées du nom d'*hébécéphrénie*, n'ont plus de signes de *schizophrénie*, mais plutôt des symptômes de faiblesse et d'irritabilité générales, à cause desquels elles doivent être rangées dans le groupe des *schizasthénies*.

Enfin, on peut voir que les signes d'*asthénie*, plus ou moins prononcés, apparaissent en même temps que les symptômes *schizophréniques* et accompagnent les signes principaux. Ces cas doivent être assez fréquents, bien que les signes de *schizophrénie* ne puissent pas être isolés du complexe des autres

symptômes schizophréniques. A ce groupe appartiennent les schizophrénies à évolution lente, associées parfois à des idées paranoïdes, des hallucinations ou des symptômes de dissociation, paraissant sous forme de stupidité, de confusion ou d'autisme. Cependant l'inactivité, le coucher et la paresse de ces malades, ne viennent pas seulement de leur état psychique, mais aussi du sentiment de faiblesse qui les empêche d'être plus actifs. Chez de tels malades, les investigations dans ce sens nous auraient peut-être dévoilé quelques signes d'asthénie, qui contribueraient aussi à la connaissance de cet état et de l'allure de ces malades.

Il s'ensuit que l'asthénie sous forme de schizasthénie plus ou moins prononcée peut être entrelacée de diverses manières dans le tableau clinique, au cours des autres formes schizophréniques. C'est ainsi qu'elle peut apparaître tout au commencement de la maladie, où, sous forme des signes asthéniques, elle peut être semblable à une neurasthénie, aussi bien qu'à la fin, après la disparition des vrais symptômes schizophréniques, ou même au cours d'une schizophrénie se mêlant alors aux autres symptômes schizophréniques. Tout cela prouve incontestablement le caractère psychotique de cette asthénie et justifie le nom de schizasthénie. A cause de cela, ce nom, en dehors de son application aux formes asthéniques pures et prononcées, peut être appliqué aussi à toutes les formes où le syndrome asthénique prévaut sur les autres symptômes et donne à cette maladie un caractère schizasthénique. A cet égard, la notion de schizasthénie a une signification pareille à celle de l'hébéphrénie sous laquelle on comprend les formes légères paraissant sans hallucinations et sans idées paranoïdes. De même, cette forme aurait quelques traits de communs avec la schizophrénie simple dans laquelle on n'observe pas de signes prononcés de schizophrénie.

L'introduction de la notion de schizasthénie dans le domaine de schizophrénie présenterait un pas de plus dans nos efforts d'une différenciation clinique plus précise de la schizophrénie, laquelle semble se trouver dans la même phase où se trouvait auparavant la démence précoce. La fondation d'un groupe nouveau de schizasthénie signifierait une nouvelle contribution, dans ce sens où, à côté de l'hébéphrénie, se différencierait encore un groupe symptomatologique. Dans ce cas, le terme d'asthénie exprimerait dans ce groupe sa propriété principale, tandis que le terme schizo signifierait le caractère schizophré-

nique de cette asthénie, par laquelle elle appartiendrait au groupe de schizophrénie. Car si l'objection qu'on fait aujourd'hui, que la schizophrénie a un domaine trop élargi, est justifiée, la séparation d'une nouvelle forme clinique présenterait un moyen approprié de le restreindre encore. Par un tel procédé, serait conservée en même temps la tendance à l'unité du groupe des schizophrénies ainsi que ce principe traditionnel de la psychiatrie française, que dans les formes cliniques se manifestent en premier lieu leurs symptômes.

Par l'introduction de la notion de schizasthénie, on acquerrait une nouvelle contribution à l'explication des différences existant entre les névroses et les psychoses, qui, dans beaucoup de cas, ne sont pas si précises. Ainsi, la présence de l'asthénie dans la neurasthénie de Beard, présente la caractéristique la plus grande pour cette forme névrotique, dans laquelle, à côté des signes d'asthénie, se trouvent aussi les symptômes de l'hyper-sensibilité et de l'irritabilité. La caractéristique du syndrome asthénique consiste dans le fait qu'il s'agit d'un trouble qui s'observe surtout dans les fonctions organiques et qui a des propriétés des névroses. Dans leurs autres formes de la psychasthénie de Janet, l'asthénie se manifeste dans les fonctions psychosomatiques, qui assurent en première ligne la résistance de l'organisme aux insultes extérieures. En troisième lieu, viendrait la schizasthénie comme un groupe spécial de schizophrénie, qui se manifeste comme une forme initiale et fondamentale à la base de laquelle peuvent se former aussi les autres signes schizophréniques. Le terme de schizo signifierait le caractère psychotique, par lequel elle se relie à la schizophrénie, ou la notion de schizis de la personne, portant surtout sur la fonction sthénique.

V. APERÇU PSYCHOLOGIQUE

Par une telle présence dans la schizophrénie, le syndrome asthénique possède en lui-même quelques traits spéciaux, par lesquels il se distingue de la neurasthénie. Ces traits consistent avant tout dans le fait que le sentiment de sa faiblesse, comme un signe physique, soit ici préparé psychiquement et reçoive ainsi un caractère psychotique. A cause de cela, le syndrome neurasthénique ne présente pas seulement ici un sentiment corporel, mais plutôt un sentiment psychique, une sensation vécue,

avec des propriétés psychotiques bien déterminées. C'est pour cela que le schizasthénique devient profondément convaincu de sa maladie et réfractaire à toute thérapie suggestive. De même manière se trouverait modifiée la composante hyperesthésique et hyperirritative de ce syndrome, qui reçoit aussi quelques qualités psychotiques. C'est ainsi dans l'asthénie que l'hyper-sensibilité est non seulement plus intense mais aussi qualitativement modifiée et dirigée surtout contre les irritations et les person-nages bien déterminés envers lesquels les schizasthéniques sont particulièrement sensibles. De même manière l'irritabilité reçoit aussi chez eux un caractère spécifique, qui consiste en ce que les schizasthéniques n'ont plus la force de se freiner et ne sont pas en état de régler leurs actions. Tout cela donne au syndrome asthénique un signe spécial psychotique, qui dépasse les limites des troubles neurasthéniques.

D'autre part, dans la schizasthénie, ce syndrome diffère des troubles semblables dans la schizophrénie. C'est ainsi que, à côté de ces troubles, qu'on trouve assez souvent au début de la schizophrénie, où ils se manifestent après une attaque aiguë de schizophrénie, les mêmes troubles peuvent aussi apparaître dans des formes plus prolongées de schizasthénie, où ils ne sont accompagnés que de quelques signes schizophréniques très légers. Toutefois, il existe des formes dans lesquelles, après une schizasthénie plus ou moins prolongée, apparaissent plus tard les autres symptômes, qui lui donnent un aspect de schizophrénie vraie. Cela nous démontre que l'asthénie apparaît ici comme un signe de début à la base duquel peuvent se développer les autres symptômes schizophréniques. Ce fait, qui nous paraît important du point de vue psychologique, suscite aussi la question de sa structure physiopathologique.

En examinant la schizasthénie de ce point de vue, nous avons démontré qu'elle ne peut être éclaircie qu'à partir des troubles qui existent dans les rapports normaux des centres des régions corticales et sous-corticales du cerveau. Les recherches dans ce sens et surtout les résultats obtenus dans l'étude de l'encéphalite épidémique, par la neurophysiologie, et dans les leucotomies, ont démontré que ces troubles consistent en général dans le fait que, du diencéphale, partent vers les lobes frontaux les impulsions qui ont pour but de renforcer leur activité. Toutefois, toutes ces impulsions ne dérivent pas des mêmes endroits et n'ont pas la même signification. Une de celles-ci est la fonction du système proprioceptif, qui prend son départ dans

les récepteurs périphériques d'où il se propage par le cervelet vers les lobes frontaux du cortex cérébral. En examinant cette fonction des auteurs anciens, Rolando et Dupry ont montré que le cervelet avait pour but la création d'une « force nerveuse » spéciale qui s'ajoute à tous les mouvements du corps. Cette idée d'une fonction renforçante du cervelet a trouvé sa place plus tard dans la conception de Luciani qui, à côté de la fonction statique, a donné aussi à cet organe une fonction tonique et sthénique. Cette idée se trouve aussi dans les travaux de quelques auteurs plus récents, qui l'ont confirmée tant au point de vue expérimental (Bremer, Rossi, Simonelle), qu'au point de vue clinique (G. Holmes). On a démontré que les influences sthéniques s'exercent sur tout le niveau du cerveau et particulièrement sur les lobes frontaux du cortex cérébral et sur leurs activités psychomotrices et psychiques.

Ces opinions ne peuvent pas ne pas être prises en considération quand on parle de l'asthénie dans le sens envisagé ici. Pour cette raison, nous devons penser en première ligne, dans les syndromes asthéniques, à un trouble du système cérébelleux par lequel les impulsions proprioceptives sont transportées vers les régions frontales du cortex cérébral. En parlant des hallucinations, R. Mourgue, s'appuyant sur les idées de Sherrington, admet qu'ici intervient le rôle fondamental de l'appareil labyrinthocérébelleux, ce qui nous montre l'importance des composants proprioceptifs. Par l'atteinte de ce système dans son niveau cérébelleux, se produit plus ou moins aussi le syndrome de l'asthénie qui se manifeste sous forme de troubles asthéniques très divers.

D'un autre côté, par l'affaiblissement de ce système, par le manque de son action inhibitrice sur les régions sous-corticales du cerveau, se libèrent les impulsions qui viennent de l'intérieur du corps et passent par les voies intéroceptives. Puisque les qualités affectives se transfèrent par ces impulsions, la libération de celles-ci aboutit à une activité exagérée de toutes les fonctions affectives. On voit ainsi qu'à côté d'une faiblesse psychique et psychomotrice, symptôme principal de l'asthénie, apparaît aussi une irritabilité exagérée qui se manifeste sous forme d'états d'irritation prenant parfois le caractère d'accès.

Cette conception physiopathologique de l'asthénie correspond bien à quelques opinions contemporaines, résultant des observations psychologiques et cliniques. En examinant les fonctions psychiques dans la schizophrénie, les divers auteurs ont édifié

quelques théories qui ont à peu près le même sens et par lesquelles on a tenté de déduire d'autres signes schizophréniques. A la base de ces théories est un trouble fondamental formulé d'une manière différente par les divers auteurs. C'est ainsi que Freusberg a parlé de la faiblesse de la conscience, Lehman de l'énergie amoindrie de la conscience, tandis que Vogt emploie le terme de rétrécissement de la conscience, et Mayer-Gross celui de dissociation de la conscience. D'autre part, on a tenté de trouver ce trouble dans l'affection de l'attention, sur laquelle ont insisté Masselon et Weygand, et plus tard Ziehen, Aschaffenburg et Stransky. Toutefois, la théorie la plus importante est la théorie de Berze, qui partant de la conscience comme fonction principale, a posé la notion d'hypotonie de la conscience comme trouble fondamental. Dans cette notion se reflète, d'après Berze, une réduction de la personnalité actuelle, d'où s'ensuit aussi l'insuffisance de son activité psychique.

En posant sous cette forme la notion d'asthénie comme trouble fondamental de la schizophrénie, nous nous sommes approché de la conception de Berze, d'après lequel les troubles du tonus se présentent comme trouble fondamental. Car l'asthénie ne provient que de l'affaiblissement tonique de toutes les fonctions frontales et, parmi celles-ci, des fonctions psychomotrices, dont la conséquence est l'asthénie générale. A la base de celle-ci, se trouve une insuffisance de l'activité psychique et ensuite, par conséquence, se produisent les autres symptômes schizophréniques. C'est ainsi qu'à cause de cette insuffisance, qui se manifeste tant dans l'activité psychique que dans l'activité psychomotrice, les malades ne se sentent pas capables de s'adapter aux exigences de la vie. Ce sentiment d'insuffisance qui, chez les schizophrènes, obtient l'importance d'une sensation vécue est la raison pour laquelle ils se retirent de la vie et s'encapsulent en eux-mêmes. Ainsi, comme première conséquence, apparaissent les signes d'automatisme qui, d'après G. de Clérambault, présentent un des premiers symptômes de schizophrénie. A cause de cette allure et d'un isolement complet de l'entourage, les malades perdent tout contact avec le monde extérieur et, par conséquence, le sentiment pour la réalité en général.

D'autre part, l'asthénie, qui s'accompagne toujours d'une hypotonie psychique, cause aussi un affaiblissement des relations réciproques de toutes les fonctions psychiques. Ainsi, l'asthénie psychique se manifeste en premier lieu dans l'affai-

blissement du courant de la pensée, de la faculté d'association et du raisonnement logique. A cause de cela se produisent, sous les influences de l'instinct et des impulsions affectives, les conclusions erronées, puisque la conscience hypotonique et des pensées dissociées ne peuvent y résister. Comme conséquences ultérieures se manifestent les associations vicieuses et les idées irréelles, d'où il s'ensuit que la vie mentale revêt un aspect tout à fait changé.

Cependant, dans l'asthénie, ces symptômes ne se développent pas toujours dans le même ordre et ne se produisent pas toujours de la même façon. C'est pour cela qu'ils se manifestent sous divers aspects et, par conséquent, apparaissent dans les diverses formes de schizophrénie. Ce que nous avons voulu montrer, c'est que tous ces symptômes se produisent toujours à base d'un relâchement et de l'affaiblissement de la sthénie, considérée comme l'une des fonctions psychiques fondamentales. C'est ainsi que P. Janet parle, depuis des années, de la dissolution qui dépend d'une asthénie psychologique et peut être déterminée par des causes différentes. La notion de l'hypotonie de conscience présente beaucoup de ressemblance avec nos idées de l'asthénie, puisque l'asthénie est accompagnée toujours d'hypotonie et se manifeste constamment dans les troubles de la fonction cérébelleuse. A la base de cette faiblesse de la fonction tonique et sthénique dans le système proprio-cérébelleux, apparaît aussi la faiblesse du tonus et de l'intensité dans toutes les fonctions psychiques, laquelle se rencontre dans l'asthénie.

Une telle conception de l'asthénie correspond à quelques idées de P. Janet qui, dans son interprétation de l'hystérie, parle de l'association qui dépend de l'asthénie psychique et peut provenir des causes diverses. De la même manière et peut-être dans une mesure encore plus grande, elle a quelque chose de semblable à la conception de H. Claude, d'après qui la notion de l'asthénie apparaît sous une nouvelle forme. En partant du point de vue que l'asthénie n'est qu'une réaction de la fatigue, il a souligné qu'elle peut apparaître comme propriété commune dans toute une série de troubles, où l'asthénie psychique existe comme une base commune. Cette réaction, qui se manifeste sous une forme augmentée et systématisée, présente ce qui est ici d'une importance spéciale, la base sur laquelle se manifestent tous les troubles neurotiques et psychotiques.

VI. LA POSITION NOSOLOGIQUE

Cet aspect de la schizasthénie comme forme clinique particulière, a sa place bien déterminée parmi les autres formes schizophréniques. Cette place se trouve sans doute entre les formes schizophréniques latentes, qui n'ont pas de symptômes schizophréniques prononcés. En décrivant son groupe de schizophrénie comme une maladie psychologique, Bleuler a attiré l'attention sur le grand nombre de formes latentes. Dans le domaine de ces formes, qui habituellement ne sont pas si déclarées et se rapprochent des névroses, on met aujourd'hui le groupe des hétérophrénies dans lequel on comprend, d'après Hecker, des cas qui ne présentent que peu de symptômes productifs, et n'ont pas d'hallucinations ni d'idées paranoïdes. Mais l'isolement de ces formes n'a pas rétréci beaucoup le cadre dans lequel on voulait embrasser toutes les formes légères et latentes. On a vu plutôt qu'elles constituaient encore un domaine très large dans lequel, à côté des formes neurasthéniques et hystériques, il existait aussi d'autres formes voisines, qui avaient un autre aspect. Ainsi Bleuler, en acceptant le terme de l'hétérophrénie de Hackes, n'avait pas adopté en même temps son aspect clinique. Considérant la schizophrénie comme un « grand vase, où l'on jette les formes qui n'appartiennent à aucun des autres groupes », il a donné à celle-ci des symptômes psychologiques et cliniques bien déterminés. C'est ainsi qu'il a souligné, comme le plus caractéristique, le fait qu'ils se manifestent par un affaiblissement de l'activité et l'émoussement des sentiments, à côté desquels s'observent aussi des troubles de la pensée. Ces signes-là, qui, d'après Bleuler, peuvent apparaître non seulement à la puberté, mais aussi plus tard, se manifestent dans les formes très différentes et sont suivis de symptômes maniaques et dépressifs.

D'autre part, on a isolé de ce groupe de schizophrénies latentes, une schizophrénie simple, dans laquelle on a trouvé seulement des symptômes fondamentaux à cette maladie, tandis que les signes d'affaiblissement se développent graduellement et peuvent durer très longtemps. La différence entre ces formes et l'hétérophrénie consiste en ce que, dans ces formes, il n'existe pas de signes des troubles affectifs et les malades ont plutôt l'impression de l'impuissance et d'une timidité naïve.

Ces deux formes constituent deux formes latentes principa-

les, dans lesquelles la schizophrénie se présente avec des symptômes non-déclarés et légers. Car, bien qu'il existe entre elles quelques ressemblances à cause desquelles elles ne peuvent pratiquement être séparées les unes des autres, on les prend encore aujourd'hui comme deux entités cliniques tout à fait séparées. La différence qui existe au point de vue de la présence d'un moment affectif n'est pas de nature à permettre d'en différencier les symptômes primaires et secondaires, dans le sens de Bleuler. Car, bien que les mécanismes intellectuels, d'après Piéron, se commandent en réalité par des impulsions affectives, les troubles affectifs ne sont, selon K. Schneider, que les formations secondaires qui se manifestent comme conséquence des sensations, qui se rapportent avant tout aux jugements. Contrairement à ces opinions, Abély admet que les troubles affectifs et les troubles intellectuels, dans la démence précoce, doivent être mis sur le même plan, sans aucune subordination réciproque.

En dehors de ces groupes, parmi lesquels il faudrait en première ligne déterminer la position nosologique de la psychasthénie, existent aussi les formes schizophréniques de H. Claude, qui a élaboré une classification spéciale. C'est en partant de la démence précoce de Morel, et de l'interprétation que lui a donnée plus tard Krapelin, aussi bien que de la conception de la schizophrénie de Bleuler, que H. Claude a élaboré sa propre conception. C'est ainsi qu'à la différence de la démence précoce conçue comme une maladie somatique, il a isolé de l'autre côté le groupe des schizoses, affections psychologiques. Dans ce groupe, il distingue trois formes, parmi lesquelles la schizoïdie et la schizomanie qui, comme les formes plus légères, seraient assimilables à l'hébéphrénie ou à la schizophrénie simple, tandis que les autres auraient des signes de la schizophrénie de Bleuler.

Considérée dans le cadre de ces formes cliniques, la schizasthénie ne peut être rangée dans aucune d'elles. Possédant en elle-même l'asthénie dans une forme générale, composée des éléments tant sthéniques qu'hypersensitifs, la schizasthénie aurait dans son accentuation plus grande et une durée plus longue, les mêmes caractéristiques par lesquelles elle se distingue des autres affections névrotiques, hors desquelles existent aussi des autres. C'est ainsi que l'opiniâtreté, le négativisme et l'autisme présenteraient les propriétés principales par lesquelles les asthénies schizasthéniques diffèrent des états neurasthéniques. Enfin, un intérêt très rétréci et le domaine de pensées très limité présentent encore un des aspects qu'elles présentent

à un plus haut degré que les autres névroses. Par toutes ces propriétés, la schizasthénie diffère et de ces états névrotiques et des psychopathies asthéniques, dans lesquelles les troubles asthéniques apparaissent plutôt sous la forme d'anomalies constitutionnelles, qui n'ont pas les caractères d'une maladie. D'autre part, par ses propriétés, la schizasthénie se distinguerait aussi de l'hébéphrénie et de la démence précoce, où le trouble fondamental se trouve dans la sphère intellectuelle ou affective, tandis qu'ici il affecte le côté actif de la personnalité, à partir duquel suivent les troubles affectifs.

Si nous essayons de déterminer plus précisément la place qui appartient à cette forme parmi les autres formes de schizophrénie, ou surtout parmi les schizoses d'après la systématisation de H. Claude, nous verrons que la différence entre ces formes n'est pas difficile à poser. Dans la répartition des maladies schizophréniques en deux groupes, la démence précoce et la schizophrénie, Claude a distingué trois degrés. Le premier degré est la schizoïdie, qui serait analogue à la constitution schizoïde de Kretschmer et n'est qu'une anomalie constitutionnelle. Le deuxième, la schizomanie, est caractérisé par l'autisme et les illusions, et le troisième, la schizophrénie, apparaît sous des symptômes de schizophrénie déclarée. Les deux premières formes présenteraient, par conséquences, deux formes plus légères, lesquelles prendraient place avant la schizophrénie. Considérée dans le rapport de ce groupe de Claude, la schizasthénie peut aussi trouver ici sa place marquée. Par l'asthénie comme symptôme principal, elle présenterait la forme de début du groupe des schizoses, laquelle à travers la schizoïdie se termine par la schizophrénie. Le fait qu'elle appartient à ce groupe par la structure psychologique trouve son expression dans sa dénomination, où le terme de schizo désignerait sa nature schizophrénique.

Par cette place dans le domaine des psychoses schizophréniques, la schizasthénie remplit une lacune qui apparaît ici. Dans la tendance de remplacer par ce nom la dénomination de la démence précoce de Kræpelin, Bleuler a commis la même faute que Kræpelin, voire que ses limites étaient trop élargies pour n'y pouvoir placer qu'une seule entité clinique. A cause de cela, les objections faites de divers côtés ont été exercées surtout par les psychiatres français, dont la plupart ont pris une attitude très réservée. En partant de cela, H. Ey et Mme Bonafous-Sérieux ont montré qu'une étude plus détaillée de la

schizophrénie pouvait distinguer sept formes différentes. Aussi se sentaient-ils justifiés de demander si cette conglomération des divers états psychotiques, réunis sous le nom de schizophrénie, présentait vraiment une entité clinique unique.

Notre séparation de ce conglomérat d'une forme clinique séparée se présente comme un essai nouveau de soulagement de cette situation, qui existe encore aujourd'hui. De cette manière, la schizasthénie apparaît comme une nouvelle espèce de schizis de l'activité psychique, qui se forme autour de sa qualité d'asthénie. Dans cette forme elle correspond aux tendances actuelles représentées surtout par Méduna, qui de même a séparé sa forme de oneirophrénie, ou même à celle de Sjöbring, qui parle d'hypophrénie. A défaut d'autres solutions qui un jour modifieront peut-être notre opinion concernant l'unité clinique de la schizophrénie, nous devons nous contenter de cette contribution, bien qu'elle soit peu considérable et provisoire. Dans cette nouvelle notion de schizasthénie, nous trouverons une nouvelle forme, qui, de son côté, va remplir un de ces vides, si apparents dans le groupe des schizophrénies.

BIBLIOGRAPHIE

- AASLAND (I.). — *Zbl. Neur. u. Psych.*, 89, 216.
 ABÉLY (X.). — L'affectivité dans la démence précoce. *Annales médico-psychologiques*, mai 1932.
 BENON (R.). — *Schweizer Archiv für Psychiatrie u. Neurologie*, Bd. 18, 137.
 — *Gazette des hôpitaux civils et militaires*, 99, n° 84, 1926.
 — L'asthénie en clinique. *Bull. méd.*, 42, n° 2, 1928.
 BERZE. — *Die Psychologie der Schizophrenie*, Berlin, 1929.
 BLEULER (E.). — Dementia paecox oder Gruppe der Schizophrenien. *Hbch. der Psychiatrie*, Leipzig und Wien, 1911.
 BLEULER (E.). — La schizophrénie. *Hbch. der Psychiatrie*, v. Aschaffenburg, 3 Aufl., 1926.
 BRÉMER (F.). — *Traité de pathologie normale et pathologique*, t. 10.
 CLAUDE, BOREL et ROBIN. — Démence précoce, schizomanie et schizophrénie. *L'encéphale*, 1924.
 CLAUDE et ROBIN. — La discrimination entre la démence précoce et la schizophrénie. *L'encéphale*, 1925.
 CLAUDE (H.). — Démence précoce et schizophrénie. *Paris médical*, 15, 42, 1925.
 CLAUDE (H.) et MICAUD. — La psychasthénie et la schizophrénie. *L'Encéphale*, 34^e année, 2 vol., n° 4.
 CATALAN. — *Zbl. der Neur. u. Psych.*, 41, 845.
 COURBON (P.). — XXX^e congrès des médecins aliénistes et neurologistes de pays de langue française, 1926.
 EY (H.) et Mme BONNAPOUS-SÉRIEUX. — *Annales médico-psychologiques*, juillet et octobre 1938.

- EY (H.). — *Etude psychiatrique*, tome I, Paris, 1951.
- GENIL-PERRIN. — L'asthénie anxieuse. *Prophylaxie mentale*, 4, n° 13-14, 1928.
- HOLMÈS (G.). — *Brain*, 40, 461, 1917.
- JAHN (D.). — *Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Neurologen u. Psychiater*, 1936.
- *Der Nervenarzt*, 1934.
- JANET (P.). — A propos de la schizophrénie. *Journal de psychologie*, 24, 1927.
- JANET (P.). — *L'automatisme psychologique*, Paris, 1889.
- KRETSCHMER (E.). — *Körperbau und Charakter*.
- MAYER-GROSS. — *Z. Neur.*, 124, 1930.
- MÉDUNA (C. S.) and McCULLOCH (W. S.). — The modern concept of schizophrenia. *The Medical clinics of North America*, Philadelphia, 1945.
- MINKOWSKI (E.). — *La schizophrénie*, 1927.
- MIGNARD et TOULOUSE. — XXX^e congrès des médecins aliénistes et neurologistes de pays de langue française, 1926.
- MOURGUE (R.). — *Neurobiologie des hallucinations*, Bruxelles, 1932.
- PLATTNER (W.). — *Archiv. f. Psych.*, 98, 332.
- SCHNEIDER (K.). — Ueber die allgemeine Theorie der Schizophrenie. *Z. Neur.*, 96, 1925.
- SJÖBRING. — XXX^e congrès des médecins aliénistes et neurologistes des pays de langue française, 1926.
-

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 11 février 1952

Présidence : M. G. COLLET, président

PRÉSENTATIONS

Répartition numérique des facteurs typologiques en fonction de l'âge dans un service de psychopathes internés, par MM. J. DUBLINEAU et CORRE.

Nous croyons utile de publier la répartition numérique des moyennes typologiques en fonction de l'âge dans un service d'hommes internés.

Ces moyennes se fondent sur l'évaluation (1) des facteurs d'affirmation (positifs ou athlétoides, négatifs ou asthénoides) et d'adaptation (positifs ou pycnoïdes, négatifs ou rétractés), tels qu'ils sont définis dans des publications antérieures (en particulier dans le rapport de l'un de nous au Congrès des aliénistes de Niort, 1947). Les chiffres moyens sont groupés dans un facteur N (normotypique).

Le recrutement a été le suivant.

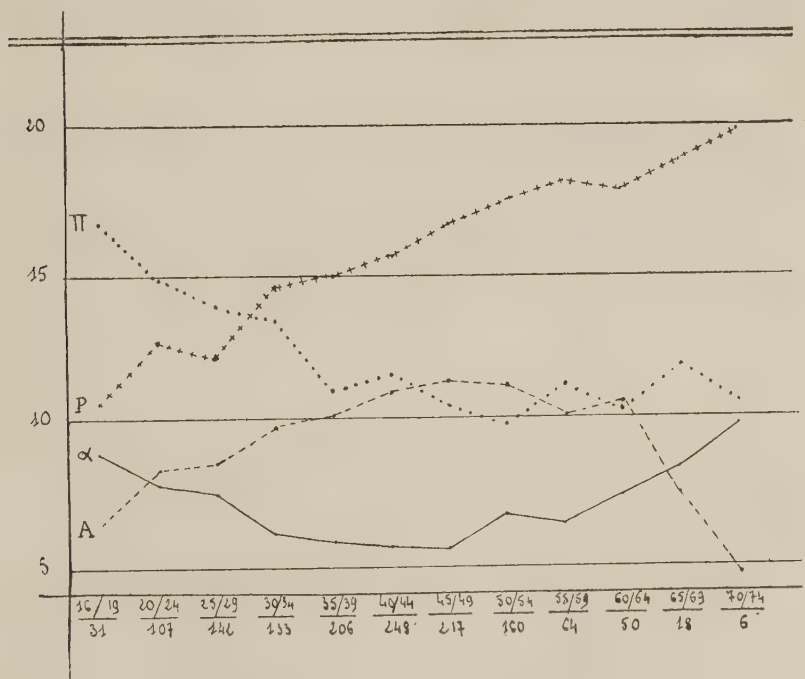
1° Jusqu'en 1948, nombre imposant de troubles psychiques de toute nature, venant modifier, pour des raisons de guerre, la structure antérieure du service, essentiellement consacré en principe aux buveurs internés du département de la Seine. Toutefois, surtout entre 1945 et 1948, le recrutement comporta une proportion importante de troubles du caractère et de déséquilibres, avec fort contingent d'internés médico-légaux. Cette période se situe sur la courbe environ du 600° au 800° sujet mesuré.

2° Les faits de guerre ont modifié la moyenne des poids des individus. Nous renvoyons sur ce point à la publication relative au problème évolutif.

(1) Ces facteurs sont désignés respectivement par les indicatifs : A, α , P, π .

TABLEAU

Ages	Nombre de cas	FACTEURS				
		N	A	α	P	π
16 à 19..	31	0,42	6,35	8,83	10,42	16,71
19 à 24..	107	0,73	8,17	7,70	12,67	14,82
24 à 29..	142	0,58	8,42	7,44	12,08	13,88
29 à 34..	133	0,58	9,75	6,02	14,47	13,33
34 à 39..	206	0,71	10,05	5,87	14,90	10,98
39 à 44..	248	0,55	10,94	5,68	15,53	11,46
44 à 49..	217	0,46	11,19	5,61	16,65	10,45
49 à 54..	160	0,54	11,07	6,69	17,38	9,84
54 à 59..	64	0,45	10,03	6,44	18,01	11,01
59 à 64..	50	0,46	10,56	7,22	17,80	10,30
64 à 69..	18	0,44	7,28	8,11	18,78	11,89
69 à 74..	6	0,16	4,67	9,83	19,83	10,50



Compte tenu de ces réserves, on voit que le facteur pycnoïde augmente régulièrement avec l'âge. Le facteur de rétraction diminue, mais seulement jusqu'aux environs de la cinquantième année. A cet âge, il se stabilise, puis remonte, traduisant, sous les dehors d'un

épanouissement pycnoïde, les marques d'une rétraction biosociale, qu'il est classique de reconnaître à l'involution, et dont l'un de nous a rappelé les facteurs essentiels dans un travail récent (1).

Le facteur résistantiel, athlétôide, s'accroît légèrement avec l'âge, moins cependant que le facteur pycnoïde. De plus, les valeurs trouvées sont faussées par le fait que le pannicule adipeux, accroissant les valeurs anthropométriques, augmente d'un certain pourcentage les valeurs athlétôides. Toutefois, à partir de la cinquantième année, une dissociation se produit entre les valeurs pycnoïdes et athlétôïdes : le sujet s'affaiblit musculairement.

Le facteur asthénôïde diminue avec l'âge, mais s'accroît parallèlement au facteur de rétraction au delà de la cinquantaine.

Certains de ces résultats ne font que traduire des notions connues. En quoi ils ont l'intérêt de montrer que, pour imparfaite qu'elle soit, la méthode de recherche est valable. Ces résultats permettent aussi de situer en fonction de l'âge le problème de l'adaptation. L'adaptation maxima est bien celle de l'âge moyen : à ce stade, les valeurs athlétôïdes d'affirmation, les valeurs hypo-adaptatives de rétraction sont pratiquement d'un ordre moyen. Les valeurs asthénôïdes sont faibles. Les valeurs pycnoïdes d'adaptation, du strict point de vue morphologique, sont seules prévalentes.

Évolution numérique des proportions typologiques de facteurs dans un service de psychopathes internés, par MM. J. DUBLINEAU et CORRE.

Les facteurs typologiques ont évolué dans leurs proportions respectives de 1942 à l'époque actuelle. C'est ce que montre le tableau ci-dessous.

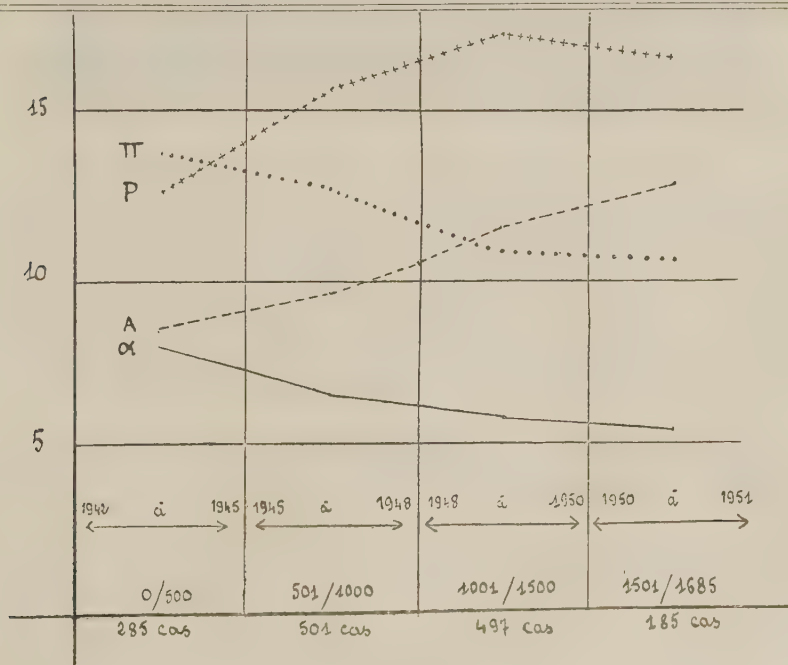
Numéros d'ordre	Année	N	A	α	P	π	Nombre de cas
4 à 100..	1942	0,53	8,95	6,65	12,72	12,18	43
101 à 205..	1942	0,61	7,66	6,74	12,56	14,89	39
206 à 301..	1943	0,70	8,88	7,73	12,94	13,05	34
302 à 400..	1943	0,68	7,25	9,06	11,36	12,82	75
401 à 500..	1944	0,56	8,07	8,02	12,70	14,09	94
501 à 600..	1945	0,62	9,02	6,40	16,25	11,49	100
601 à 700..	1945	0,61	9,52	6,10	15,65	11,97	100
701 à 800..	1946	0,59	8,81	7,03	15,18	14,64	100
801 à 900..	1947	0,91	9,65	6,16	14,71	11,95	100
901 à 1.000..	1947	0,36	10,27	6,79	15,69	12,54	101
1.001 à 1.100..	1948	0,98	10,08	5,46	16,01	11,69	100

(4) DUBLINEAU. — Rapport aux *Journées nationales sur le vieillissement*, Paris, 1948, sur la psychologie de la sénescence.

Numéros d'ordre	Année	N	A	α	P	π	Nombre de cas
1.101 à 1.200..	1949	0,63	11,33	4,79	17,59	11,36	98
1.201 à 1.300..	1950	0,82	11,75	5,28	18,59	9,86	101 (418)
1.301 à 1.400..	1950	0,47	12,18	6,19	16,56	10,50	100
1.401 à 1.500..	1950	0,08	11,13	6,64	16,77	10,68	98
1.501 à 1.600..	1950	0,09	12,44	4,99	14,98	9,70	99
1.601 à 1.685..	1951	0,02	12,75	5,22	17,38	10,96	86
							1.468

Ces chiffres peuvent se résumer dans le tableau suivant, et la courbe qui l'illustre :

Numéros d'ordre	FACTEURS					Nombre de cas
	N	A	α	P	π	
de 0 à 500.	0,62	8,20	7,92	12,47	13,61	285
de 501 à 1.000.	0,61	9,45	6,49	15,49	12,51	501
de 1.001 à 1.500.	0,59	11,29	5,67	17,10	10,64	497
de 1.501 à 1.600.	0,09	12,44	4,99	14,98	9,70	99
de 1.601 à 1.685.	0,02	12,75	5,22	17,38	10,96	86
Moyenne générale...	0,535	10,22	6,31	15,52	11,81	1.468



Pour apprécier le jeu que donne l'augmentation générale des poids, le mieux nous a paru de faire figurer la moyenne générale des poids pour l'effectif du service, au 1^{er} janvier de chaque année :

Octobre 1942 ...	54 kg. 66	1 ^{er} janvier 1947	63 kg. 66
1 ^{er} janvier 1943	55 kg. 59	— 1948	61 kg. 27
— 1944	56 kg. 53	— 1949	63 kg. 78
— 1945	58 kg. 82	— 1950	64 kg. 70
— 1946	64 kg. 54	— 1951	63 kg. 94

On notera l'existence d'un fléchissement des moyennes vers 1948. Ce fléchissement correspond à un afflux corrélatif de sujets jeunes (généralement déséquilibrés médico-légaux).

Signalons que le service, qui avait perdu en partie durant la guerre sa destination primitive de « service de buveurs », devait la retrouver progressivement à partir de l'après-guerre, pour redevenir finalement spécialisé à partir d'avril 1948. Toutefois, il existe parallèlement un service d'aliénés tuberculeux, dont l'effectif compte pour un sixième de l'effectif total du service.

Les moyennes mathématiques ayant servi à calculer les écarts réduits qui servent de base à la détermination des valeurs factorielles ont été effectuées avant 1945. Le recrutement actuel est donc déterminé d'après des normes de guerre, et demanderait une réévaluation complète. En particulier, on a assisté à une baisse progressive des facteurs asthénoides (hypo-affirmatif) et rétracté (hypo-adaptatif), avec prédominance croissante des facteurs positifs.

Telles qu'elles se présentent cependant, nos courbes ne manquent pas d'intérêt, car elles offrent un point de comparaison assez inattendu.

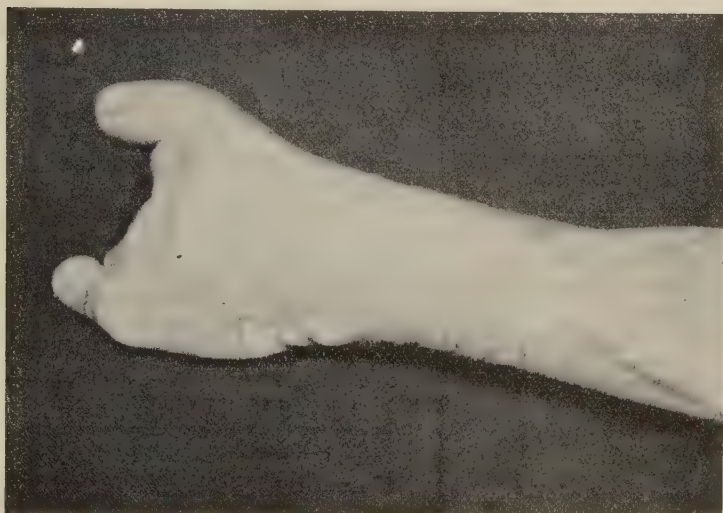
Si l'on compare en effet les courbes selon l'âge, et selon la date des mensurations (1), on ne peut pas ne pas être frappé de leur tendance similaire, sauf (pour certains facteurs) au delà de la cinquantaine. Sans vouloir tendre à un paradoxe de mauvais goût, on peut se demander si la famine en ramenant aux « formes de 18 ans », n'impliquait pas au sein d'elle-même des virtualités de renouvellement. L'accroissement de la natalité qui s'est manifesté au cours même de la guerre, en dehors des multiples facteurs qu'on peut invoquer à sa source, ne pourrait-il être étudié en relation avec ces courbes ?

(1) J. DURLINEAU et CORRE. — Répartition numérique des facteurs typologiques en fonction de l'âge dans un service de psychopathes internés, *Annales médico-psychologiques*, 1951, 11 février.

**Contribution à l'étude « psycho-somatique »
de l'ulcère gastro-duodénal, par MM. J. DUBLINEAU et CORRE.**

Le terrain de l'ulcère gastro-duodénal constitue un problème de choix pour l'étude de la signification des inter-relations dites psycho-somatiques.

Dans un travail antérieur avec Angelergues (1), l'un de nous avait montré que l'ulcère gastro-duodénal était assez étroitement lié au ter-



rain hypo-adaptatif, soit, en termes plus généraux, au problème de la « rétraction ». Ce dernier est à son tour connexe, nous l'avons montré récemment dans un travail préliminaire, des faits de latéralisation, et des inférences spatiales de l'individu (2). Un facteur hyper-affirmatif (athléticoïde) est d'ailleurs assez souvent associé, — notons-le en passant —, aux facteurs de rétraction.

Nous avons actuellement dans le service trois cas d'ulcères opérés, qui posent justement un problème de latéralisation.

OBSERVATION 1. — G., 58 ans. Confusion chez un buveur, entré le 1^{er} août 1951. Intervention pour ulcère gastro-duodénal en 1943. Ambidextrie avec

(1) DUBLINEAU et ANGELERGUES. — *Annales médico-psychologiques*, 1950 (I), p. 615.

(2) DUBLINEAU. — *Congrès des aliénistes de France et des pays de langue française*, Rennes, 1951.

préférence fonctionnelle gauche. Lordose lombaire faible. Une fille gauchère (la dernière des trois enfants).

Gaucheté anatomique : tour de main droite : 19 cm. 9 ; tour de main gauche : 20,2. Type croisé : tour de pied droit : 24,4 ; tour de pied gauche : 23,4. Dans l'ensemble, cependant, latéralisation défectueuse : quasi-égalité des diamètres pour les deux mains et les deux pieds.

OBSERVATION 2. — R., 56 ans. Déséquilibre psychique. Interactions conjugales chez un buveur. Ulcus gastrique opéré en 1936. Droitier fonctionnel ; mais un fils gaucher. De plus, latéralisation médiocre. Une rétraction de l'aponévrose palmaire, portant sur les 4^e et 5^e doigts, rend la mesure des tours de mains difficiles. Prédominance du tour de pied gauche. Lordose lombaire faible. Membres courts.

OBSERVATION 3. — P., 54 ans, entré le 28 janvier 1952 pour confusion subaiguë chez un buveur. Intervention en 1944 pour ulcère de l'estomac (douleurs depuis l'âge de 24 ans). Disparition des douleurs depuis l'intervention.

Présente une atrophie congénitale de la main gauche, laquelle est réduite au carpe et à un embryon de pouce et au 5^e doigt (voir figure). Un fils gaucher ; les deux autres enfants sont droitiers mais un fils d'une fille est gaucher. Masque rétracté. A toujours été droitier. Mais l'étude comparée des diamètres et des tours de pied pour les côtés droit et gauche révèle des discordances, laissant penser qu'il existe des troubles de la latéralisation anatomique.

Au total, nous relevons, non seulement chez nos trois ulcéreux des troubles de la latéralisation, mais encore il existe chez l'un d'eux une rétraction de l'aponévrose palmaire, chez l'autre une atrophie de la main gauche, chez deux d'entre eux des anomalies de la statique vertébrale à type de lordose lombaire réduite. L'un d'eux enfin présente une hauteur de buste qui fait elle aussi l'objet de notre part d'investigations particulières dans le domaine de la rétraction.

Nous pensons que ces données sont intéressantes, en ce qu'elles situent le problème du gaucher sur un plan plus général : celui d'un état impliqué dans des données qui le dépassent largement. Ces données sont d'ordres divers, depuis les manifestations biosociales et cosmotropiques de la rétraction, jusqu'aux particularités morbologiques qu'elles révèlent. Le problème de l'ulcère gastro-duodénal prend dans cette perspective une signification d'ordre également, par là-même, très général, qui dépasse beaucoup les étroites perspectives dites « psychosomatiques » dans lesquelles on aurait volontiers tendance à l'enfermer.

Manie chronique. Lobotomie transorbitaire. Artério-sclérose cérébrale. Considérations anatomo-cliniques, par MM. L. MARCHAND, P. LÔO et J. BRETON.

Les aggravations de troubles mentaux observés dans certains cas après les lobotomies peuvent avoir une pathogénie bien différente. C'est ainsi que le processus, substratum de la maladie mentale, peut continuer son évolution sans que la lobotomie le modifie en quoi que ce soit ; chez d'autres sujets, les lésions frontales constituées par les incisions lobotomiques peuvent rester évolutives pendant des mois, se compliquer de lésions inflammatoires étendues et de petits foyers de ramollissements ; enfin le sujet lobotomisé peut être atteint d'une affection cérébrale qui vient surajouter ses symptômes à ceux de la psychose. L'observation suivante est un exemple de cette association morbide.

OBSERVATION. — La malade In... Céline est internée d'office, le 18 octobre 1938, à l'âge de 48 ans, avec le certificat suivant : « Excitation intellectuelle. Logorrhée sur un ton mélodramatique. Accusations contre son mari. Il la nourrissait mal, la tromperait, etc... Troubles du caractère. Irritabilité. Scandale à l'usine où travaille son mari. Injure le personnel, le Directeur. Fond de débilité intellectuelle entretenu par la culture des cartes et la prédiction de la destinée. Source de conflit surnuméraire avec son mari. Aurait fait 8 grossesses dont 5 fausses-couches. Ovariotomie unilatérale, il y a une dizaine d'années. Serait mal réglée depuis deux ans. Pouls : 110. Réflexivité tendineuse et oculo-pupillaire normales. » (D^r BROUSSEAU).

Certificat immédiat, 16 octobre 1938 : « Est atteinte d'excitation psychique avec aisance, loquacité, mobilité de l'humeur, hypermimie, irritabilité, troubles habituels du caractère, disputes conjugales, idées de jalousie, désignation des maîtresses multiples de son mari, espionnage, scandale, vagues idées de grandeur : elle va commander un hôpital américain, elle devine l'avenir par les rêves et les cartes, subicêtre, léger tremblement digital, négation d'excès éthyliques, fond de débilité mentale, troubles congénitaux d'articulation verbale. Cicatrice de laparotomie, ecchymoses multiples. A maintenir. » (D^r X. ARÉLY).

La malade est transférée le 10 février 1943 à l'hôpital psychiatrique de La Charité. Le certificat immédiat porte : « Psychose périodique, hypomanie actuelle, euphorie, excitation, bavardage, propos incohérents, ton déclamatoire. »

Elle est traitée par pyrétothérapie et cures de sommeil. L'état maniaque ne présente aucune amélioration, il est seulement entrecoupé par quelques rares et brefs épisodes dépressifs.

Le 12 janvier 1950, elle est transférée au Centre de neuro-chirurgie de l'hôpital Sainte-Anne, et elle subit, le 28 janvier 1950, une lobotomie transorbitaire bilatérale.

A son retour dans le service, le 7 février 1950, la malade est d'abord calme mais présente toujours des fausses reconnaissances. Quelques jours

plus tard, elle recommence à chanter, à crier, puis peu à peu elle devient déprimée, indifférente, état que l'on attribue d'abord à une période dépressive banale. Cependant, l'état d'indifférence devient très marqué, inhabituel chez cette malade. On note à plusieurs reprises des attitudes catatoniques, notamment le signe de l'oreiller. La malade devient gâteuse.

En septembre 1950, elle présente une crise convulsive avec perte de connaissance suivie de désorientation complète avec agitation. On constate alors une tendance à l'hypertonie et un signe de Babinski bilatéral.

En juin 1951, apparition de rires et pleurs spasmodiques, gêne intermittente de la déglutition ; les propos sont complètement incohérents. La démarche devient hésitante et à petits pas. Gâtisme.

Puis on note des pleurnicheries continuelles ; la désorientation est

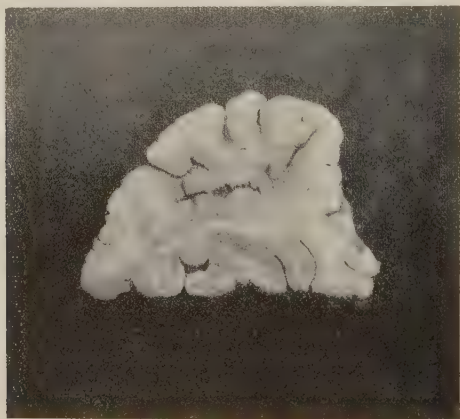


FIG. 1. — Hémisphère droit

complète avec gros troubles de l'idéation. L'incohérence des propos est totale.

L'examen neurologique décèle une hypertonie accusée, plus marquée à droite ; conservation des attitudes ; tendance à se mettre en demi-flexion. La marche à petits pas est devenue très difficile. Signe de Babinski bilatéral. La déglutition des solides est gênée. La pression artérielle est de 17-10.

Le 11 août 1951, apparition d'un état comateux progressif. La malade est calme, les yeux clos ; elle ne répond à aucune incitation, présentant seulement quelques gestes de défense à la piqure et au pincement assez fort. L'hypertonie a beaucoup diminué, mais le signe de Babinski bilatéral persiste. La déglutition est impossible, même pour les liquides.

Urée sanguine : 0 gr. 55. Glycémie : 1 gr. 75 (Bloor). Un traitement toni-cardiaque est institué : lobéline, spartéine, ainsi qu'un traitement par insuline et sérum glucosé, cocarboxylase intraveineuse, pénicilline et oxygène. La malade sort du coma et l'état est relativement satisfaisant pendant quelques jours.

La ponction lombaire décèle : pression : 15-10 ; albumine : 0,55 ; lymphe : 1,20 ; réaction de Pandy : — ; celle de Weichbrodt est douteuse. Benjoin : 00000.22100.00000. Tension artérielle : 18-11.

Les jours suivants l'état s'aggrave avec des alternatives de coma et de réveil. Apparition d'escarres. La malade meurt le 8 septembre 1951, vingt mois après la lobotomie.

AUTOPSIE : Examen macroscopique. Encéphale. — Rien de particulier à l'extraction de l'encéphale. Sur la partie tout à fait antérieure des voûtes orbitaires, symétriquement, on note deux trous arrondis de un millimètre de diamètre environ. Ces trous sont oblitérés par une lame osseuse mince, les bords sont épaissis, mais il n'y a ni esquilles osseuses, ni adhérences de la dure-mère. Il s'agit du passage du leucotome. Le cerveau apparaît uniformément atrophié, principalement au niveau des lobes frontaux. L'hémisphère droit pèse 480 grammes, le gauche 485 grammes ; le cervelet et

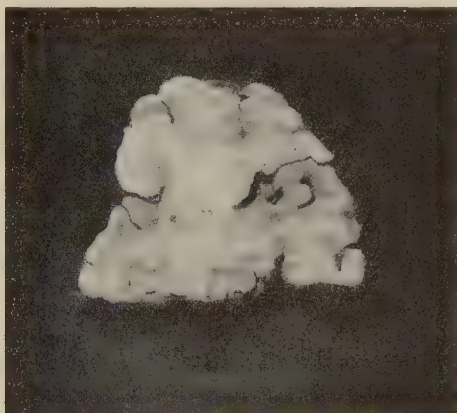


FIG. 2. — Hémisphère gauche

le bulbe 145 grammes. La plupart des artères cérébrales sont le siège de plaques athéromateuses. Aucune lésion méningée.

Hémisphère droit. — Sur une coupe vertico-transversale, passant à 3 cm. en arrière du pôle frontal, on note une perte de substance linéaire occupant les deux tiers externes de la substance blanche et s'étendant jusqu'au sillon séparant la deuxième frontale de la troisième (fig. 1). La perte de substance (séquelle de la lobotomie transorbitaire) ressemble à un ancien foyer hémorragique avec parois ocreuses. A sa partie la plus centrale, elle mesure 3 cm. de large et 2 mm. de hauteur. D'avant en arrière, ce foyer ne s'étend que sur quelques millimètres.

Au-dessus de la partie antérieure du ventricule latéral, présence d'un ancien foyer hémorragique, qui n'est séparé du ventricule que par une mince membrane épendymaire.

A la partie antérieure du noyau caudé, foyer de ramollissement assez récent, détruisant une partie de la tête du noyau caudé et la substance blanche avoisinante.

Sous la 1^{re} et la 2^e pariétale, autre foyer de ramollissement localisé dans la substance blanche, à la partie supérieure du ventricule latéral.

A la partie postérieure et inférieure de la couche optique, au-dessus du locus niger, petit foyer de ramollissement de la grosseur d'un grain de mil.

Hémisphère gauche. — Perte de substance considérable post-lobotomique sous forme de kyste ancien occupant le tiers externe de la substance blanche du lobe préfrontal et s'étendant presque horizontalement jusqu'à la région sous-corticale de la 2^e frontale et en arrière jusqu'à la partie supérieure et antérieure du ventricule latéral (fig. 2). Elle mesure 2 cm. de largeur, 1 cm. de hauteur et 2 cm. d'avant en arrière. Ses parois sont anfractueuses et ocreuses.

Il existe en outre un petit foyer de ramollissement de la grosseur d'un grain de poivre, situé en pleine substance blanche, sous la 2^e frontale.

Au niveau de la tête du noyau caudé, foyer de ramollissement de la grosseur d'une lentille, intéressant surtout la substance blanche.

Cervelet. — Aucune lésion macroscopique dans la protubérance et le cervelet. Le bulbe paraît lui-même très atrophie.

Organes. — Les organes ne présentent rien de particulier. L'aorte est de volume normal.

Examen histologique. Encéphale. — La lumière des pseudo-kystes, séquelles lobotomiques, est encombrée par places de macrophages bourrés de grains de pigments. La paroi limitant la perte de substance est le siège d'un réticulum formé de fibres collagènes ; sous cette couche, on note des lacunes arrondies de diverses dimensions ; les plus grandes sont sillonnées de fibres collagènes et ont la dimension d'un glomérule rénal ; les plus petites, celle d'un demi-millimètre. Toute cette zone est envahie par de nombreux macrophages. Si l'on examine plus profondément les parois, on note une sclérose névroglique, formée d'astrocytes volumineux, qui s'étend très loin dans la substance blanche. Sur les confins même des pseudo-kystes, il existe un lacs de capillaires, qui forment un feutrage dans un tissu ne comprenant aucune fibre myélinique et uniquement formé de cellules névrogliques monstrueuses. Les capillaires ont des parois très riches en réticuline. Quant aux artérioles qui parcourent ce tissu cicatriciel, un grand nombre ont leurs parois très épaissies et leurs lumières sont très réduites. Quelques-unes sont oblitérées, entraînant des foyers minuscules de ramollissement s'étendant loin de la lésion lobotomique. Présence d'hémorragies capillaires récentes au pourtour de la cicatrice.

Dans les zones cérébrales éloignées des sections lobotomiques, les cellules ganglionnaires, quelle que soit la région examinée, sont très atrophiées ; elles ont perdu leur forme pyramidale ; leur corps est très effilé ; les prolongements latéraux sont très amincis ; quant aux fibrilles intraprotoplasmiques, elles sont encore nombreuses dans le corps cellulaire diminué de volume. Aucune altération rappelant la lésion d'Alzheimer. Pas de plaques séniles. Pas de prolifération névroglique.

De nombreuses artères cérébrales sont athéromateuses, leurs lumières sont très diminuées de volume et certaines complètement oblitérées.

Dans le bulbe, atrophie de nombreuses cellules des noyaux des nerfs craniens. Les pyramides sont nettement dégénérées.

Ainsi cette malade, atteinte de psychose maniaque dépressive, subit une lobotomie transorbitaire à l'âge de 59 ans, et meurt à l'âge de 61 ans, vingt mois après la lobotomie. Cette mort retardée post-opératoire ne peut être attribuée à la lobotomie. Quoique les pertes de substance cérébrale, séquelles des incisions opératoires, soient

importantes, surtout dans le lobe frontal gauche, elles ne peuvent être considérées comme cause de la mort.

Dans un travail récent, Mc Lardy (1), se basant sur 22 cas de morts retardées post-opératoires, soit par urémie, soit par troubles trophiques, remarque que cette évolution clinique mortelle s'observe surtout quand les incisions lobotomiques intéressent le cortex orbitaire postérieur ou les régions sous-callosales. Dans notre cas, les pertes de substance n'intéressent aucune de ces régions. Les lésions athéromateuses de la plupart des artères cérébrales, les nombreux foyers de ramollissement cérébraux, l'évolution des symptômes cliniques eux-mêmes (syndrome pseudo-bulbaire) permettent de considérer l'artério-sclérose cérébrale comme la cause de la mort.

DISCUSSION

M. G. BOITTELLE. — La lobotomie est souvent aveugle, même pratiquée à ciel ouvert. *A fortiori*, pour la méthode transorbitaire, en raison de la difficulté qu'il y a à apprécier la profondeur des noyaux gris.

Tumeur cérébrale avec hémiplegie progressive, artériographie, encéphalographie gazeuse et fond d'œil normaux, par MM. G. BOITTELLE, FRUHLING, Cl. BOITTELLE et P. FALLEKER.

OBSERVATION. — M. R..., 19 ans, nous est adressé le 4-10-1950 de l'hôpital Bon-Secours de Metz. C'est un malade en état d'agitation psycho-motrice intense, fortement obnubilé et anxieux, poussant des cris ou gémissant presque sans arrêt. Tout interrogatoire ou toute investigation psychologique un peu poussée sont impossibles, par suite, à la fois, de cette sub-confusion anxieuse et d'une dysarthrie très gênante, qui permet à peine le bredouillement du nom, prénom, et de l'âge du sujet.

L'examen somatique révèle de prime abord une contracture musculaire généralisée et permanente, mais prédominant nettement aux deux membres droits et présentant de véritables paroxysmes, qui rappellent les crises d'opisthotonos du tétanos. La mobilisation passive des différents segments de membres est très difficile et provoque de la part du malade des réactions de défense intenses. D'ailleurs, le simple attouchement semble être douloureux. Les réflexes tendineux sont très vifs, polycinétiques, le gros orteil à droite est en extension permanente ; aucun mouvement volontaire n'est exécuté des deux côtés. Les cutanés abdominaux sont abolis. La face semble à peu près indemne ; cependant, le malade présente, à intervalles plus ou moins rapprochés, des accès de pleurs spasmodiques, la déglutition pour les liquides est possible, la langue n'est ni atrophiée, ni paralysée, mais très malhabile dans sa gesticulation. Il n'y a pas de tremblement, incontinence d'urine. Etat général très mauvais, amaigrissement considérable.

(1) Urémie et cachexie mortelle après la leucotomie. Constatations neuro-anatomiques par Turner MC LARDY. *Journal of neurology, neuro-surgery and psychiatry*, volume 13, n° 2, mai 1950, p. 105.

La température est à 38°5, le pouls à 90, la tension artérielle à 13-10. Le reste de l'examen somatique ne révèle rien de pathologique.

Nous pensons à ce moment à un processus cérébral très diffus, tumoral ou plutôt sclérosant, le malade se présentant à certains égards comme un pseudo-bulbaire. Le lendemain, la température monte à 39°5, deux jours après à 40°, et c'est la mort. Hyperthermie à 41°8, malgré de fortes doses de pénicilline.

L'histoire de la maladie, mise à notre disposition par le médecin-traitant, présente quelques particularités intéressantes. Elle nous apprend en effet que R... avait eu une première crise bravais-jacksonienne, débutant par le bras droit à Noël 1949, et qu'il avait refait trois autres crises du même type jusqu'en avril 1950. En dehors de ces crises, il se plaignait de maux de tête, de troubles de la marche, et serait devenu, d'après son entourage, taciturne et renfermé. A l'admission au service de neurologie de Metz, en avril 1950, on constate l'existence d'une hémiparésie pyramidale spastique droite, surtout brachiale. Bilan cardio-vasculaire, encéphalographie gazeuse, artériographie, liquide céphalo-rachidien sans anomalie.

Le malade ne refait pas de crises bravais-jacksoniennes, mais l'hémiparésie s'aggrave, malgré un traitement à l'ionisation calcique. Une nouvelle ponction lombaire montre un liquide avec 12 cellules dont 9 lymphocytes, et 0,30 d'albumine. Sang et vitesse de sédimentation sans anomalie. Fond d'œil normal. Une troisième ponction lombaire, quelques semaines après, met en évidence un liquide redevenu normal, mais l'état du malade continue à s'aggraver, une aphasie s'ajoute à l'hémiparésie. On refait une encéphalographie gazeuse et une artériographie (Dr Philippidès à Strasbourg), qui s'avèrent toutes deux à nouveau négatives. Et c'est à peu près à ce moment que nous voyons le malade.

En résumé, au point de vue clinique : maladie débutant par des crises bravais-jacksoniennes droites, puis installation d'une hémiparésie irritative droite, lentement progressive, apparition d'une aphasie, enfin état de sub-confusion anxieuse, contracture généralisée, accès de pleurs spasmodiques, hyperthermie, exitus.

Examen anatomo-pathologique. — Il s'agit d'un cerveau nettement asymétrique, dont l'hémisphère gauche est plus volumineux que le droit (qui est nettement déplacé et comprimé). Les circonvolutions pariétales gauches sont aplaties et fortement élargies.

A la coupe : pas d'hydrocéphalie nette. Le corps calleux et les ventricules latéraux sont déviés ; le gauche est déplacé vers le bas et vers la gauche, et le droit est déplacé vers la droite. Il s'agit d'une tumeur cérébrale assez volumineuse, à limites extrêmement diffuses de l'hémisphère gauche. Elle est développée dans le lobe pariétal et se prolonge dans le lobe occipital. Elle occupe la substance blanche, envahit la substance grise jusque sous les méninges molles, le long de la ligne inter-hémisphérique, et s'étend de l'extrémité postérieure de la première circonvolution frontale jusqu'à la première et deuxième occipitale. La tumeur a grossièrement la forme d'une pomme de terre très allongée, de 4 cm. environ de diamètre, se rétrécit dans le lobe occipital, pour se terminer par un renflement tumoral de la taille et de la forme d'une belle noix verte. Le tissu tumoral est de coloration beige-grisâtre.

Histologiquement : il s'agit d'une tumeur relativement indifférenciée et embryonnaire. Le « fond » tumoral apparaît constitué par un fin feutrage

cytoplasmique, parsemé de petits noyaux ronds ou légèrement oblongs de type neuro-spongial évident. En d'assez nombreux endroits, par petits foyers, l'élément tumoral indifférencié devient nettement plus polymorphe, parfois même monstrueux ou véritablement géant, mais toujours sans sécréter de substance interstitielle fibrillaire. On assiste dans ces zones à une évolution glioblastique nette, rappelant l'aspect classique du glioblastome polymorphe et giganto-cellulaire. La nécrose, ischémique ou hémorragique, est relativement peu importante. Les limites de la tumeur sont extrêmement diffuses, on voit les éléments tumoraux infiltrer très activement la substance cérébrale.

Il est évident que le tableau clinique, auquel il faut ajouter quelques céphalées, apparaissant chez un jeune homme de 18 ans, jusqu'à indemne de toute tare, évoque fortement l'idée d'un processus tumoral encéphalitique envahissant, mais malheureusement toutes les épreuves complémentaires destinées à confirmer ce diagnostic clinique (encéphalographie, artériographie, fond d'œil et même ponction lombaire, qui, à un certain moment, loin de montrer la classique dissociation albuminocytologique, fait plutôt penser à un processus infectieux en évolution, se révélèrent absolument négatives. Et si nous avons cru utile d'attirer l'attention sur ce cas, c'est précisément parce qu'il nous rappelle fort à propos que dans certains cas c'est aujourd'hui encore la clinique, avec tout ce qu'elle comporte d'aléatoire et d'hypothétique, qui a parfois raison contre tous ces moyens modernes d'investigation plus ou moins mécanique, dont l'utilité ne saurait être contestée, mais dont nous avons tous peut-être tendance à surestimer la valeur, puisque nous exigeons d'eux cette certitude quasi-mathématique, à laquelle les phénomènes biologiques se dérouleront vraisemblablement toujours.

Lobotomie dans deux cas de déséquilibre mental grave, par M. G. BOITTELLE, M^{me} Cl. BOITTELLE-LENTULO et J. HOURCARD.

Le premier malade qui fait le sujet de cette communication a déjà fait plusieurs séjours en service libre. Son histoire est assez curieuse et il fit, lors de son premier séjour, l'objet d'une présentation à la société psychiatrique de l'est.

OBSERVATION 1. — M. L..., 42 ans, entre pour la première fois au service libre en mai 1950. Il est envoyé pour un syndrome vertigineux avec céphalées ; il présentait depuis quelques mois une démarche ébrieuse avec chutes fréquentes en avant, accompagnées d'obnubilation, de troubles du caractère et surtout d'un syndrome narcoleptique : plusieurs fois, dans la journée, il s'endormait brusquement, sommeil entraînant souvent des chutes. A l'entrée, le malade est chancelant, donnant l'impression d'être ivre, mais il prétend ne pas boire, ce qui d'ailleurs fut confirmé par sa femme. Les

céphalées sont presque continues, à prédominance frontale, ne s'accompagnant pas de vomissement. Pas de trouble de la vue. Les accès narcoleptiques se produisent plusieurs fois dans la journée, de durée d'ailleurs assez courte ; la nuit, par contre, il existe une insomnie assez marquée. Il n'existe pas de phénomènes cataplectiques. Des troubles du caractère existent depuis plusieurs mois, s'accompagnant d'agitation psycho-motrice alternant avec des périodes dépressives accompagnées d'idées de suicide.

L'examen physique ne montre que peu de signes objectifs. A part une démarche ébrieuse qui ne s'accompagne que de peu d'éléments de la série cérébelleuse, à certains moments le malade est obligé d'être maintenu pour éviter la chute. Les réflexes ostéo-tendineux sont un peu vifs. Sensibilité normale, pas de tremblement digital. L'examen oculaire est normal ainsi que le fond d'œil. Une encéphalographie par ponction sous-occipitale a été pratiquée, montrant une légère hydrocéphalie interne. L'examen du liquide céphalo-rachidien ne révèle pas d'anomalie. Electro-encéphalogramme normal. Dans les antécédents, nous ne relevons aucun fait notable, en particulier pas d'alcoolisme ni de spécificité. Il nie toute intoxication, barbiturique en particulier. Avant d'envisager de faire pratiquer une ventriculographie, nous convoquons la femme du malade qui, au cours de l'interrogatoire, nous apprend que déjà depuis plusieurs mois son mari prenait quotidiennement de 40 à 50 centigrammes de gardénal plus 5 à 6 comprimés d'optalidon. Tous calmants supprimés au malade, cet état persiste encore plusieurs jours avec, à certains moments, des achoppements à la prononciation des syllabes, à l'obnubilation succède une certaine brady-psychie. Le traitement a consisté en de petites doses de strychnine et d'amphétamine. Au bout d'une semaine, tous les troubles ont disparu. Il est opéré ultérieurement d'hémorroïdes et sort le 25 juillet. Le 12 août, une lettre de sa femme nous apprend que tous les troubles ont recommencé, et il revient dans le service un mois plus tard : même tableau clinique qu'à l'entrée et même traitement. Ultérieurement, nous lui proposons une série de narco-analyses, qu'il accepte volontiers, et au cours desquelles il extériorise une anxiété intense, pleure, s'accuse d'être indigne, et finalement nous apprend qu'il est marié, qu'il a quitté brusquement sa femme légitime et ses cinq enfants, pour vivre avec sa compagne actuelle, dont il a eu, il y a deux ans, un enfant. C'est à ce moment qu'il a commencé à souffrir de maux de tête et d'insomnies et à prendre les diverses drogues qui l'ont intoxiqué. Il s'agit d'un homme par ailleurs très courageux, qui fut un résistant notoire, mais aussi un parfait déséquilibré, saisi d'un remords tardif et inefficace vis-à-vis de sa première femme et de ses enfants. Il s'ajoutait à tout ceci une impuissance, apparue elle aussi peu de temps après la naissance de son dernier enfant.

Evidemment, le matériel apporté par cette psychothérapie ne fut que modique, mais une intervention directe du psychothérapeute fit appréhender au malade la situation morale dans laquelle il se trouvait, en ramenant les troubles primitifs, insomnies et céphalées, à leur véritable cause, non pas physique, mais réactionnelle, à son conflit familial et moral. Nous n'avons pas approfondi le problème, persuadés que seule une analyse classique, donc longue, difficile et même impossible dans l'occurrence, pourrait amener une solution du problème, mais les résultats acquis par les narcoses nous semblèrent suffisants. Le malade est sorti, a repris son ancien travail de décorateur, est beaucoup plus calme et a laissé de côté tout toxique.

Comme nous en avons émis l'hypothèse, L... rechuta au boât de peu de temps ; en effet, en janvier 1951, il revient au service libre. Tous les troubles ont recommencé ; il a réussi à se procurer à nouveau de l'optalidon et des barbituriques, il s'enferme pour les absorber. De plus, son caractère a beaucoup changé, nous dit sa femme ; il crie, ne travaille plus, devient même parfois menaçant ou déclare qu'un jour il se tuera. Les narco-analyses sont reprises, le résultat en est très moyen. Il semble que le patient tente de diminuer ou de dissimuler certaines de ses préoccupations. Il est extrêmement nerveux, dort mal. Les résultats de la thérapeutique s'avèrent très décevants, mais au bout de quelques semaines, la femme demande son retour ; il part donc, loin d'être guéri. Le 23 mars 1951 il nous revient, cette fois-ci muni d'un certificat d'internement : il a eu une discussion avec sa femme, a été brutal avec son fils et, à la suite de cette discussion, a fait une tentative de suicide : un coup de couteau dans la région du cœur. Il présente une blessure assez profonde. A l'entrée, il est extrêmement inquiet, regrette ce qui s'est passé, mais se demande si ces impulsions ne risquent pas de l'amener un jour à commettre des actes encore plus graves. Il décrit avec beaucoup de précisions les impulsions dont il souffre. De temps à autre, tout en étant parfaitement conscient de ce qu'il fait, il éprouve le besoin d'absorber un toxique, barbiturique, ou même dans les derniers temps alcool. Il pense bien que le désir de se faire du mal prime le plaisir de l'euphorie ressentie. Lorsqu'il arrive à être libre de tout barbiturique et de tout alcool, il réalise complètement combien il gâche son existence et celle de sa famille. Il en éprouve les plus grands remords, mais malgré ses efforts, n'arrive pas à changer. Sa tentative de suicide est expliquée par lui de la façon suivante : il a eu honte de s'être laissé aller à frapper son fils, la discussion avec sa femme a achevé de le mettre hors de lui. Depuis plusieurs années, il remâchait ses torts vis-à-vis de sa famille : aucune solution n'était possible, l'idée de se tuer est venue, s'imposant comme lorsqu'il a l'idée d'absorber un barbiturique ou de boire, et c'est impulsivement qu'il s'est frappé.

L'émotivité de ce malade est intense. Il n'y a pas de syndrome mélancolique à proprement parler, mais plutôt la hantise de risquer, en subissant ces impulsions, de faire quelque chose d'irréversible sur les siens. Il n'y a pas non plus d'éléments obsessionnels, en particulier pas de lutte avant l'acte, ni de soulagement ensuite. Il n'y a aucun antécédent épileptique. L'électro-encéphalogramme pratiqué lors de son premier séjour était normal. Il semble donc que les impulsions sont à l'état pur. Le tonus affectif est très variable et soumis à de brusques perturbations. Il est certain que le malade est très malheureux de cette situation. Au bout de quelques jours, nous le mettons à l'open-door, puis au bout d'un certain temps, nous faisons sa sortie pour le service libre. Il est toujours extrêmement anxieux pour l'avenir. Des électro-chocs sous narcose n'ont rien donné. Sa femme, à plusieurs reprises, nous déclare que si sa situation continue d'être aussi difficile, elle envisage une séparation. Au cours de ces diverses entrevues, le mari et la femme pleurent, se désolent. Il se sent bien incapable de se maîtriser.

Finalement, ayant éliminé toutes les causes possibles autres qu'une labilité émotionnelle entraînant des impulsions de plus en plus graves, nous avons fini par envisager la lobotomie, pensant que cette intervention entraînerait une stabilisation des émotions. Malade et famille acceptèrent et le

patient fut opéré à Strasbourg le 30-5-1951. Après une période de rééducation assez longue, les troubles du caractère avaient disparu, l'affectivité était redevenue normale, peut-être légèrement teintée d'optimisme, mais sans qu'on puisse vraiment parler d'euphorie préfrontale. Les facultés intellectuelles étaient intactes après une période de marasme post-opératoire. Finalement, le malade sort en juillet 1951.

Nous l'avons vu récemment : à sa sortie, il avait les plus grandes difficultés à retrouver du travail correspondant à son métier de peintre-décorateur. Finalement, il réussit à entrer dans les usines De Wendel, où il fait un travail de manœuvre. Il vient de passer un concours pour un travail répondant à ses capacités, et incessamment il va reprendre son métier habituel dans le cadre de l'usine, ce qui va lui augmenter sérieusement son salaire qui, actuellement, est de 22.000 fr. par mois. Sa femme est actuellement malade ; après son travail, il aide au magasin d'épicerie. Il dort bien. Personne ne parle plus de séparation. Aucune impulsion toxico-maniaque ou autre ne s'est reproduite. Caractère affable. Une seule chose le désole : d'avoir engraisé.

OBSERVATION 2. — C... Léon, 49 ans. Entra à l'hôpital psychiatrique de Steinbach en mai 1937, à la suite d'une ordonnance de non-lieu après expertise. Le malade était accusé d'attentat aux mœurs. Déjà condamné antérieurement, il est titulaire de quatorze condamnations (vol, filouterie de taxi, mendicité, vagabondage, coups et blessures, rébellion, outrages à agents, infraction à la police des chemins de fer), etc... Pendant son séjour à Steinbach, puis ensuite après 1940 à Cadillac, le dossier du malade est émaillé de plusieurs notes, qui rappellent toutes les mêmes termes : « instable, mythomane, querelleur, etc... ». A de nombreuses reprises, il reçoit des séries d'électro-chocs, mais sans résultat bien marqué. Lorsque nous le voyons après son rapatriement de Cadillac, il s'agit d'un malade extrêmement volubile, qui parle à une cadence accélérée, racontant avec une grande abondance de détails les aventures qui l'ont amené à l'hôpital. En dehors de l'interrogatoire, il passe son temps à écrire d'interminables lettres, fort bien rédigées d'ailleurs, dans lesquelles il se plaint des uns et des autres : du dentiste qui ne le soigne pas à son gré, des infirmiers, de l'interne, etc... Ces revendications incessantes font que chacun fuit un peu le malade. Jusque-là, il n'y a rien que de très ordinaire, mais à ces déclamations incessantes et bruyantes se joignent un nombre invraisemblable de trafics de tous ordres : il échange les cigarettes, les savons, les brosses à dents, se procure toute sorte d'objets qu'il troque, embobine l'aumônier, qui lui fournit des chapelets qu'il prétend se faire voler mais qu'il revend en réalité aux malades. Quoi qu'on fasse, il réussit toujours dans ce genre de commerce. Evidemment, au bout d'un certain nombre de fois, d'autres malades s'en plaignent, ce qui déclenche des bagarres et souvent, comme C... n'est pas parmi les plus forts, il en porte des traces. De plus, dès qu'il est logé dans un pavillon, l'on peut être certain qu'il y amène le trouble. Il passe par de véritables accès hypomaniaques ou même maniaques, avec fuite des idées et parfois léger état confusionnel, au cours desquels il déchire les draps, se livre à mille excentricités et multiplie alors les déclamations orales et écrites. Quelques électro-chocs amenèrent une légère diminution des troubles, mais elle fut hélas très passagère et peu à peu l'état d'agitation et les troubles du comportement devinrent permanents et

nécessitérent l'isolement. Il s'y ajoutait un refus d'aliments. Le séjour en cellule *sine die* n'étant pas une solution, on pratiqua une lobotomie à Strasbourg par le Dr Dany en février 1950. Les suites opératoires furent normales ; le malade, calme et souriant à son retour, ne présentait aucun affaiblissement intellectuel. La rééducation sphinctérienne fut facile, de même que la rééducation motrice. Le malade paraissait essentiellement centré sur son état physique, toutefois sans exagération. Il fut occupé en service fermé au début, puis peu à peu l'amélioration persistante nous amena à le mettre à l'open-door. Il est tranquille, s'occupe régulièrement. Loin d'être influençable et réduit à l'état de robot, comme certains auteurs paraissent le craindre après les interventions neuro-chirurgicales, il a des préférences quant aux différents travaux qui lui sont présentés : il désire s'occuper au dehors, non aux ateliers intérieurs. Son travail est très consciencieusement fait. La surveillance discrète mais efficace à laquelle il est soumis n'a jamais décelé chez lui la reprise des trafics illicites et des troubles du caractère qu'il présentait avant l'intervention.

Cependant, nous croyons utile de signaler que si chez ce malade on n'observe plus de crises logorrhéiques accompagnant les troubles du caractère, ce n'est pas dû à une indifférence, ni à un affaiblissement intellectuel. Il suffit de prendre le malade à part pendant un moment, et de lui demander de raconter son existence, très vite il se mettra à parler avec un débit et un vocabulaire abondant et varié sur un rythme rapide, acquis pensons-nous à l'époque où il était camelot sur les grands boulevards. Mais ce bagout est adapté et, en temps normal, ce malade ne le manifeste pas inopportunément.

Il semble que chez lui ce qui ait été effacé soient les troubles du comportement et les excroissances d'inadaptabilité d'une personnalité au demeurant restée inchangée. Ce malade a perdu depuis nombre d'années sa famille. Les recherches faites pour retrouver quelqu'un susceptible de s'occuper de lui ont échoué. Livré totalement à lui-même, sa famille refusant de s'en occuper et même de le voir, il est probable qu'il retournerait à une occupation de vagabond. La récupération ne s'est faite que sur le plan asilaire, par suite de difficultés de réadaptation extérieure.

Syndrome hébéphrénique ayant évolué parallèlement chez deux jumeaux, par M. G. BOITTELLE, M^{me} Cl. BOITTELLE-LENTULO et J. HOURCARD.

Des états dissociatifs ont été souvent décrits chez des individus d'une même famille et, selon la position doctrinale que l'on défend, on invoque surtout un facteur héréditaire, dont on discute le mode de transmission, soit une origine constitutionnelle, ou même, pour d'autres, une contagion psychologique familiale. C'est évidemment l'étude de psychoses gemellaires qui peuvent éclairer le mieux ce problème, et montrer qu'au moins dans certains cas l'hérédité joue un rôle prédominant. Nous avons rapporté, avec le professeur Delay, l'observation de deux frères jumeaux, présentant un état dissociatif,

et fils d'un hébéphrène, nous venons d'avoir l'occasion d'observer dans notre service de Lorquin, deux jumeaux, vraisemblablement homozygotes, présentant un syndrome schizophrénique rigoureusement identique chez l'un et l'autre, apparu au même moment, et ayant évolué parallèlement ; tous deux difficiles à reconnaître, en raison d'une ressemblance physique totale, ont leur comportement et leur mimique superposables. Tous deux sont entrés à l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines, le 18 août 1946. Les observations que nous vous présentons sont forcément incomplètes, les malades ayant été transférés en 1940 à Cadillac, et n'étant observés par nous que depuis octobre 1949. En voici les grandes lignes :

1) Georges, 45 ans, entré le 15 août 1926 à l'hôpital de Sarreguemines, avec le certificat immédiat suivant : « Folie gémellaire par influence réciproque chez un prédisposé (jumeau) avec idées de persécution, réponses à côté, réactions parfois violentes, mutisme habituel, sitiophobie, etc... »

Entre 1926 et 1940, on note quelques mots d'observation, d'où il ressort que le malade présentait une schizophasie typique, avec un comportement très dissocié, rires atypiques, itérations verbales et de l'écriture. Les objets dont il parle ou les personnages sont toujours petits. Actuellement, il est impossible de préciser l'existence et le contenu du délire mentionné à l'entrée, en raison du degré de dissociation et de schizophasie intense. On lui donne une cigarette, la prend, demande s'il peut fumer, allume l'allumette, se brûle les doigts et dit : « Merci Jésus Kind, Ange-gardien », ne fume pas, donne du feu poliment. Lorsqu'il dessine, malgré les éléments stéréotypés, on observe une certaine initiative créatrice. La guerre entraîna son départ à Cadillac. Lors de son rapatriement, en octobre 1949, il nous fut impossible de l'examiner seul. Il exigeait son frère avec lui et nous donnerons plus loin l'observation des deux frères pris ensemble.

2) François, 45 ans, entré à l'hôpital le même jour que son frère, avec le même certificat. Il semble, à travers les quelques mots d'observation au dossier, que François ait toujours été légèrement plus dissocié que son frère. Malgré quelques réponses telles que celle-ci, après qu'on lui présente une cigarette : « C'est un poison, on ne doit pas trop fumer » et « Les enfants ne doivent pas fumer. ».

Les deux frères furent vus par le professeur Pfersdorff en 1937, qui conclut à une hébéphrénie héréditaire. Nous n'avons connu les malades qu'à leur retour de Cadillac, en octobre 1949. On se trouve en présence de deux hommes paraissant beaucoup moins que leur âge réel (45 ans), parfaitement identiques au point de vue somatique. Il nous est impossible de les voir séparément sans provoquer de leur part une colère violente, ils ne se quittent pas une minute. Lorsque l'un se lève, l'autre en fait autant. François remue sa chaise, immédiatement l'autre remue la sienne et réciproquement, et il nous répète les gestes de l'autre. Si l'un lève le bras gauche, immédiatement l'autre fait le geste identique du bras droit. Il est presque pénible de les avoir en face de soi, tellement tout en eux jusqu'aux stéréotypies est identique, tant dans la forme que dans la chronologie. Lorsqu'ils prennent leur repas, ils sont toujours assis à côté l'un de l'autre, mangent à la même vitesse, de la même façon ; si l'un refuse de man-

ger, l'autre fait de même et il est parfois difficile d'admettre qu'on se trouve en présence de deux individus. Leur comportement vis-à-vis du monde extérieur est identique et caractérisé par une indifférence affective totale. L'ambiance pour eux ne compte absolument pas. Il n'y a aucun contact entre eux et leurs camarades. Il est impossible d'obtenir d'eux une réponse d'une question quelle qu'elle soit, pas plus par l'interrogatoire oral que par le truchement de l'écriture. Munis de papier et de crayons, tous deux écrivent indéfiniment leur nom ou bien « Kind Jésus », ou tracent des traits sans signification apparente et qu'ils sont dans l'impossibilité d'expliquer. Mais un aspect curieux du comportement des deux frères consiste en leur rapport entre eux ; non seulement ils ne se quittent pas, mais encore ils présentent continuellement, dès qu'ils sont éveillés, un aspect affairé ; c'est entre eux un bavardage continu, toujours à mi-voix et d'un débit rapide. Cette conversation incoercible roule toujours sur le même thème : Georges semble avoir le rôle le plus important ; François, lui, est plus passif. Georges appelle souvent François « papa », il lui raconte continuellement des histoires sur l'enfant Jésus, les anges gardiens, les petites églises, saint Nicolas, qu'il faut être sage pour faire plaisir à l'ange gardien. François acquiesce et dit la même chose. Il est très difficile de prendre note de ce qu'ils disent, car ils parlent à toute vitesse, à voix basse et en dialecte. Nous avons essayé d'avoir quelques précisions avec un interprète, sans résultat, en raison des mots néoformés et de l'absence de toute syntaxe. Les deux frères semblent vivre dans un univers qui leur est propre. C'est un véritable autisme à deux. Ils font penser de façon troublante à deux petits enfants qui se racontent des histoires incompréhensibles pour les grandes personnes. Ils paraissent heureux. La seule chose qui les trouble au point le plus haut, c'est d'être séparés l'un de l'autre. Lorsque nous faisons la visite, François dit à Georges : « Voilà le docteur, dis bonjour au docteur. » Georges répond alors : « Oui..., oui... ». Il n'y a pas une seconde de répit à leur continu bavardage monocorde, affairé et stéréotypé. L'examen physique est normal, tant au point de vue neurologique que des autres appareils : Bordet-Wassermann = 0. Antécédents : la mère est morte à 73 ans d'une congestion pulmonaire ; le père à 82 ans, d'un cancer ; frères et sœurs vivants et un frère mort à deux mois de convulsions. Il n'y a aucun antécédent psychopathique connu dans la famille.

Nous avons pu reconstituer ainsi, d'après la famille, les débuts de l'affection : naissance à terme, développement psychique et moteur normal pendant l'enfance et l'adolescence. François et Georges ont été toujours inséparables, ont fréquenté l'école et ont eu l'équivalent du certificat d'études. Après l'école, ils furent tous deux employés comme aide-maçons. Au moment du service militaire, ils furent incorporés, l'un dans les chasseurs, l'autre dans le génie. C'est leur première séparation. Aucun fait psychopathique ne semble avoir été constaté. Au bout de six mois, ils se retrouvent et sont tous les deux, quelques mois plus tard, réformés en même temps, probablement pour trouble mental. Ils rentrent chez eux, et travaillent huit jours avec leur père, qui est lui-même maçon. Au bout de ce temps, ils font une fugue. Les gendarmes les amènent à Sarreguemines, et depuis ils ont toujours été les mêmes. La mère, détail pittoresque, impressionnée par le début brutal, lors du service militaire, des troubles chez ces garçons, jusque-là normaux, resta toujours persuadée qu'ils avaient été ensorcelés, et aurait voulu les faire exorciser. Mis en présence de leur

frère, les jumeaux lui dirent tranquillement bonjour, sans tonalité affective, puis retombèrent immédiatement dans leur éternel palabre et leur affectivité stéréotypée et affairée.

Ces deux observations nous ont paru intéressantes à vous présenter, en raison du pittoresque des cas, de la rareté des psychoses gémellaires simultanées et identiques dans leur symptomatologie et leur évolution. Il aurait fallu une étude génétique approfondie de la famille, ce qui n'a pas été possible, car il nous semble difficile, à la suite des auteurs qui se sont occupés de ce problème, d'admettre l'absence totale d'antécédents familiaux dans des cas identiques.

DISCUSSION

M. L. MARCHAND. — Il existe dans la démence précoce des cas purement héréditaires. J'en ai observé plusieurs exemples.

M. P. GUIRAUD. — L'intérêt réside, pour les cas présentés, dans le fait qu'une hérédité vésanique n'a pu être mise en évidence. L'intervention d'un gène anormal semblerait donc devoir être envisagée.

M. L. MARCHAND. — Pour apprécier l'hérédité, il faut vivre au contact étroit des familles. On voit alors nombre de gens, apparemment normaux pour leur prochain, présenter en fait des anomalies ou particularités diverses.

La séance est levée à 11 heures 30.

Le secrétaire général,

J. DUBLINEAU.

Séance du lundi 25 février 1952

Présidence : M. G. COLLET, président

COMMUNICATIONS

L'antagonisme impulsion-délire dans les schizophrénies paranoïdes, par M^{me} Madeleine CAVÉ.

L'impulsion et le délire sont deux symptômes cardinaux des schizophrénies paranoïdes. On les a jusqu'ici étudiés isolément, comme des phénomènes indépendants l'un de l'autre. Je voudrais essayer de montrer aujourd'hui qu'ils ont entre eux des rapports étroits. Et en premier lieu que leur intensité varie en raison inverse, chez un même malade. Pour cela, je reprendrai l'observation de quelques cas de schizophrénie étudiés ici-même.

J'ai eu l'occasion de montrer que le délire et l'impulsion variaient en raison inverse chez un malade dont j'ai récemment rapporté l'observation. Il s'agit d'Hector, qui m'avait été envoyé par M. Bardenat. En effet, lorsque j'arrivai à éclaircir les raisons qui poussaient ce malade à accomplir certains actes absurdes, tels que des achats massifs de chewing-gum ou d'aller passer la nuit dans une gare, et je compris que de telles actions lui procuraient l'illusion complète d'être un grand séducteur de femmes, mon premier soin fut de tenter de le replacer au contact du réel. Je lui démontrai donc qu'un don Juan devait nécessairement posséder des femmes, que lui n'en possédait pas, mais qu'il s'égarait par contre sur les sentiers très dangereux de la perte du contact avec la réalité. Après beaucoup d'efforts les illusions délirantes finirent par s'effondrer. Mais alors l'impulsion à tuer, qui était assoupie depuis des mois, se réveilla brusquement et elles se porta sur moi avec une telle violence que je craignis un instant que mon malade ne soit plus capable de la maîtriser. *Le retour brutal de l'impulsion avait donc immédiatement suivi la chute de l'illusion délirante.* L'histoire de l'éclosion de la maladie mettait le même phénomène en évidence.

OBSERVATION. — Au moment de l'apparition de ses troubles, Hector, âgé de 18 ans, et qui ne s'était jamais approché des femmes, nourrissait cependant en lui-même l'illusion qu'il appartenait à la race des séducteurs. Cepen-

dant, sous peine de voir survenir la destruction de cette illusion, le temps était venu pour lui de faire comme ses camarades et de chercher à plaire aux jeunes filles. Il fit donc des efforts considérables pour vaincre des inhibitions paralysantes et réussit à s'approcher d'elles. Il fut partout repoussé et bafoué. Il décida, pour tenter de conserver malgré tout quelques illusions, de tenter sa chance auprès de filles laides et faciles, se jugeant cette fois sûr de réussir. Il fut cependant méprisé par elles de la même façon. Partout c'était l'échec. Si bien qu'il lui devenait absolument impossible de continuer à croire qu'il appartenait à la race des séducteurs. *C'est alors que l'impulsion au meurtre s'empara de son esprit et elle ne le quitta plus pendant des mois et des mois.* Nous voyons donc une fois encore la chute des illusions de nature délirante être suivie de l'apparition de l'impulsion.

Cette même alternance entre l'impulsion et le délire existait chez deux schizophrènes, dont j'ai publié également l'observation, et que j'ai appelées Magali et Lucile.

Lucile était une malade de M. Cossa. Je rappelle brièvement son observation. Agée de 24 ans, elle avait fait deux tentatives de suicide par le gardénal et présentait un délire mythomane à base de vols et de poursuite amoureuse imaginaire. Les vols étaient des vols de bonbons, ou d'argent servant à acheter des bonbons. Lucile commençait toujours par les commettre avant de se déclarer poursuivie par un amoureux imaginaire, un mauvais garçon qu'elle appelait Gontran ; ils étaient le prélude indispensable à ce délire. Et j'avais découvert que derrière le mythe du poursuivant-mauvais garçon, se cachait la personnalité du frère-enfantin de Lucile, qui effectivement avait été dans son enfance un mauvais garnement, pour qui elle avait jadis volé, et avec qui elle avait eu l'habitude d'avoir des attouchements sexuels en récompense des vols de bonbons dont il était l'heureux bénéficiaire.

Un délire de poursuite amoureuse et des impulsions au suicide étaient donc les deux symptômes cardinaux de Lucile. Et nous allons voir que, chez elle comme chez Hector, les deux phénomènes variaient en raison inverse, la chute du délire entraînant automatiquement l'apparition de l'impulsion.

En effet, la première tentative de suicide de Lucile avait suivi la découverte par son père de vols de friandises, qu'elle avait faits dans des colis destinés à des prisonniers. Découverte dont la conséquence avait été une semonce fort sévère, au cours de laquelle le père avait exigé de Lucile le serment solennel de ne plus jamais voler. Cette malade, momentanément privée par son serment de ses vols, c'est-à-dire du processus indispensable pour faire surgir l'illusion de la poursuite amoureuse — donc privée de son délire — absorba alors impulsivement plusieurs cachets de gardénal. *L'impulsion au suicide avait donc suivi l'effondrement du délire.* Le même phénomène se produisit au cours de son traitement, lorsque j'arrivai enfin à comprendre, que le soi-disant amoureux de Lucile, sur qui elle avait jusqu'alors accumulé les précisions les plus contradictoires, n'existait pas, mais qu'il était créé de toutes pièces sur le souvenir du frère-enfantin. Lorsqu'il fut bien mis en évidence que Lucile n'avait pas d'amoureux, et racontait des histoires imaginaires, l'impulsion au suicide ne se fit pas attendre. Le soir de cette élucidation, Lucile absorbait impulsivement 8 cachets d'aspirine qu'elle avait sous la main, en guise de gardénal. *L'impulsion au suicide avait donc encore une fois immédiatement suivi la destruction du délire.*

Le phénomène d'alternance entre l'impulsion et le délire s'observait éga-

lement chez Magali, une autre malade de M. Cossa. Magali, âgée de 22 ans, avait fait une tentative de suicide par un produit destiné à la lestruction des rats, ce qui lui avait valu 21 jours de clinique. Son délire était du genre mystique, il y était question d'un soi-disant miracle de la vierge. Lorsque je la soignai, elle avait été traitée pendant plus d'un an par la méthode des comas ; elle ne parlait donc plus de ce délire que d'une façon confuse, tout en continuant à y croire. J'arrivai tout de même à l'élucider, grâce à certains recoupements et à certaines questions posées à sa mère. C'est ainsi que je finis par comprendre que le soi-disant miracle de la vierge avait pour fondement une histoire arrivée jadis à la propre mère de Magali. Cette femme, alors qu'elle était fiancée à son mari actuel, avait eu peur qu'il ne mourût, tant il était revenu gravement blessé de la guerre de 1914 ; elle avait fait un pèlerinage à Lourdes et son fiancé avait guéri. Elle était donc restée reconnaissante à la Vierge et avait coutume de dire que c'était grâce à elle qu'elle avait pu se marier. Magali-enfant avait été bercée par l'histoire du miracle de la Vierge. Et plus tard, devenue jeune fille, déçue par la rupture d'un projet de mariage qu'elle avait caressé pendant plusieurs années, — et qui était du reste absolument inconsistant —, fuyant par ailleurs la compagnie des jeunes gens, elle s'était réfugiée dans l'espoir délirant d'un miracle de la Vierge, à qui elle avait demandé de lui envoyer un époux. Lorsque je compris à quoi correspondait le « miracle de la Vierge », je voulus, croyant bien faire, replacer la malade au contact de la vie réelle. Je lui expliquai donc que les jeunes filles ne trouvaient pas des fiancés grâce à un miracle, mais en cherchant à plaire aux jeunes gens qu'elles rencontraient dans la vie de tous les jours, que c'était ainsi que sa mère elle-même avait trouvé à se marier, la Vierge ne lui ayant pas envoyé de fiancé, mais ayant simplement guéri celui qu'elle avait déjà trouvé. La croyance au miracle de la Vierge s'effondra. *Magali réagit alors à cet effondrement comme Lucile et Hector : par un retour offensif de l'impulsion.* Elle s'en alla le soir même vers la Seine, dans l'intention de s'y jeter ; les jours suivants, elle acheta du poison pour les rats. Heureusement, elle était à cette époque — comme Lucile et Hector, lorsque le même retour impulsif se produisit —, nettement améliorée par le traitement, et ses tentatives, freinées par un sentiment de conservation, n'aboutirent pas : elle trouva l'eau trop froide et le poison trop amer.

Nous observons donc chez ces trois malades, atteints de schizophrénie à forme paranoïde, une alternance évidente entre les manifestations de l'impulsion et celles du délire, et cette alternance est déjà le signe qu'il existe entre ces deux phénomènes des rapports étroits.

Je vais maintenant essayer de démontrer que l'impulsion, comme le délire, sont deux symptômes issus d'une source affective commune.

Cette source affective, c'est le malade que j'ai appelé Hector qui me l'a fait découvrir. Hector, en effet, était en proie à un terrible sentiment d'exclusion affective et sexuelle remontant à son enfance, et c'est ce sentiment d'exclusion qui constituait à la fois la source de ses impulsions et de son délire.

J'ai rapporté que, dans son enfance, il avait surpris les rapports sexuels de ses parents et que ce traumatisme avait provoqué chez lui un état de hantise : il se livrait à de continuelles masturbations. Pourchassé par sa mère, menacé par elle de castration, au surplus manquant d'affection, il avait été en proie pendant plusieurs mois de sa vie d'enfant à un sentiment de terreur et d'exclusion sexuelle. Et il avait été tellement marqué par cette période de sa vie qu'un sentiment d'exclusion sexuelle constituait encore à l'âge adulte le fond de son affectivité. L'impulsion à tuer en était la conséquence directe, tuer étant pour lui l'équivalent des processus défensifs et haineux qu'il avait eus jadis à l'égard de sa mère. Le délire don-juanesque, au contraire, était la négation de ce sentiment fondamental d'exclusion, un don Juan étant par excellence tout le contraire d'un être exclu et traqué sur le plan sexuel ; Hector, lorsqu'il se sentait un don Juan, n'avait plus envie de tuer. *Impulsion et délire constituaient donc chez lui deux réponses différentes au même sentiment fondamental d'exclusion.*

Ce sentiment d'exclusion existait également chez Magali et chez Lucile, et il constituait chez elles, comme chez Hector, la raison commune de l'impulsion et du délire. Lucile, comme Hector, avait été traumatisée dans son enfance au point de vue sexuel, ainsi qu'en témoignait sa recherche effrénée d'attouchements avec son frère ; son complexe d'Œdipe avait revêtu de ce fait une intensité absolument anormale, les sentiments de jalousie qu'elle éprouvait à l'égard de sa mère étaient extrêmement intenses, elle passait son temps à lui faire les méchancetés les plus noires, assaisonnées de violences et de crises de colère. Ce faisant, elle s'était complètement aliéné l'affection de son père. Elle se sentait donc prise dans un cercle infernal d'exclusion affective, de jalousie déchaînée et d'obsession sexuelle. Elle avait deux moyens pour y échapper : le premier, c'était d'essayer de se nuire dans sa personne, afin de provoquer un retour d'affection chez son père ; elle mangeait donc de la terre, se cognait la tête contre les murs et s'était fait mordre par un gros chien. Le second moyen, c'était d'attirer sur elle l'attention de son frère : elle volait donc des bonbons et des sous pour lui plaire, et les attouchements qui suivaient lui procuraient l'illusion qu'elle n'était plus exclue de l'amour. Le mythe du fiancé imaginaire de l'âge adulte, ainsi que les tentatives de suicide, seront la transposition des actions de l'enfance et constitueront, comme dans l'enfance, deux moyens différents de lutter contre l'atroce sentiment d'exclusion. *Ce sentiment constitue donc, chez Lucile comme chez Hector, la source affective commune de l'impulsion et du délire.*

Il en est de même chez Magali. L'attente délirante d'un miracle de la Vierge où se réfugiait cette malade, pleine du désir de trouver un fiancé, témoignait avec évidence d'un sentiment d'exclusion, puisqu'il ne fallait rien moins qu'un miracle pour que cette jeune fille, — fort

jolie et de situation très aisée —, puisse, d'après elle, arriver à se marier. Quant à l'impulsion au suicide, elle prenait également sa source dans le sentiment d'exclusion, quoique d'une manière indirecte. Magali, absorbant son poison pour les rats, se disait, pensant à ses parents et au désespoir que sa mort leur causerait : « Je m'empoisonne, oui, mais aussi, je les empoisonne. » Et cette pensée réconfortante la décidait à absorber le poison. La tentative de suicide constituait donc une vengeance à l'égard de ses parents. Pourquoi ? Parce qu'après la rupture du projet de fiançailles inconsistent dont nous avons déjà parlé, un second prétendant s'était présenté, — que Magali avait cru lui être envoyé par la Vierge. Il était beaucoup plus âgé qu'elle, et de condition sociale inférieure. Les parents, ne se rendant pas compte du déséquilibre de leur fille, jugèrent la demande irrecevable, et ils finirent par convaincre Magali qu'un tel fiancé était indigne d'elle. Elle se rendit à leurs raisons et refusa d'elle-même le prétendant. Mais, le lendemain de ce départ, elle se trouva reprise par son sentiment d'exclusion. Et cette fois-ci elle ne pouvait plus avoir recours à la Vierge, puisque le fiancé que celle-ci avait envoyé venait d'être refusé. Elle tenta alors de mettre fin à ses jours pour se venger de ceux qui, par leurs discours, avaient déprécié le fiancé à ses yeux et l'avaient ainsi replacée en face du sentiment intolérable d'exclusion.

Ainsi, chez trois schizophrènes différents, un même sentiment morbide fondamental d'exclusion affective et sexuelle est à la base de leurs impulsions et de leurs délires ; l'impulsion constituant la réponse directe au sentiment d'exclusion, le délire, au contraire, niant l'exclusion et cultivant des illusions directement opposées.

Cet antagonisme entre l'impulsion et le délire explique l'abstention des psychanalystes à l'égard des schizophrénies : c'est une règle pour eux de cesser tout traitement psychanalytique lorsque le diagnostic de schizophrénie est posé. En effet, depuis les travaux de Yung et de Bleuler, il a été régulièrement constaté que l'élucidation des processus délirants, loin d'améliorer l'état mental des schizophrènes, comme on aurait été en droit de s'y attendre, aggravait au contraire considérablement leurs troubles. Cette aggravation s'explique parfaitement par le retour offensif des impulsions après la chute du délire. Le traitement psychanalytique des schizophrénies n'est donc jamais un traitement anodin ; il ne s'accompagne pas, comme on pourrait le croire, d'une amélioration régulière et suivie de la maladie. Bien au contraire, le premier signe qu'il a touché juste est constitué par l'apparition d'importants phénomènes impulsifs. Apparition qui comporte cependant l'indication absolue d'aller au delà. Et la plus grande faute qu'on pourrait commettre à l'égard de ces malades, ce serait, une fois le traitement commencé, de l'interrompre.

**Délire familial à thème mystique, par M. Claude POTTIER,
M^{me} DE BURES-MACKENSEN et V. J. DURAND.**

L'importance du nombre des mineurs polonais venus s'installer dans le nord de la France après la première guerre mondiale est connue. Groupés en « corons » entiers, conservant très vivaces croyances et traditions, ces mineurs forment, au sein du bassin houiller, de fortes agglomérations dont la pureté ethnique ne s'est guère altérée. L'hôpital psychiatrique de Saint-Venant, réservé aux femmes du Pas-de-Calais, compte parmi ses malades 10 % environ de Polonaises. L'une d'elles, Pélagie Z..., offre l'occasion de présenter aujourd'hui un cas de délire mystique, intéressant en raison du nombre des sujets communiant dans un même thème. Notons que notre malade seule est internée. Les autres membres de la famille qui, à des degrés divers, participent au délire, se trouvent encore à Bruay-en-Artois. Les parents Z... vinrent en France avec leurs six enfants : quatre garçons, Antoine, Stanislas, Sigmond et Joseph, et deux filles, Marie et Pélagie. Tous les fils ont été ou sont encore mineurs comme le père. Les deux filles ont épousé des Polonais, mineurs eux aussi. Marie vit chez ses parents avec son mari : Wenceslas. Le ménage de Pélagie habitait une rue voisine.

Seul, de ces dix personnes, le mari de notre malade n'a pas été touché par la contagion mentale : les parents Z..., Marie et deux de ses frères ayant fini par admettre comme vraies les constructions délirantes élaborées par les quatre sujets franchement pathologiques : Stanislas, Sigmond, Wenceslas et Pélagie.

OBSERVATION 1. — Pélagie Z..., 32 ans. C'est notre malade dont les troubles sont les seuls à avoir, jusqu'à présent, entraîné des réactions antisociales et des troubles graves du comportement, justifiant le placement d'office. Isolée, ce cas serait banal : délire hallucinatoire de structure paranoïde où, sur un thème actuellement mystique, apparaissent des idées absurdes de grandeur et de richesse. Souvent violente dans le service, Pélagie accepte mal nos conversations. Parlant spontanément des voix qui lui viennent du ciel, elle dit par exemple : « Autrefois, c'était Notre-Dame du diocèse de Lille qui parlait ; maintenant, c'est moi qui suis Notre-Dame du diocèse du Pas-de-Calais... C'est l'*Ave Maria* de Fatima ; elle dit que je suis la reine de l'Amérique mondiale et puis aérienne. »

Nous savons par le mari de Pélagie que les bizarreries de la conduite appurent pendant l'été 1949. La malade abandonnait les soins du ménage, parlait seule, croyait entendre la voix de sa belle-mère proférant des injures. Chaque soir, elle allait se plaindre dans sa famille. Peu à peu, se mêlant aux prières des siens, elle fit savoir qu'elle entendait parler les étoiles et les images de piété.

C'est en mai 1951 que le mari de Pélagie a demandé lui-même le placement de sa femme. Ce placement a entraîné la rupture du mari avec la famille Z..., à laquelle il refuse avec juste raison de confier son jeune fils.

OBSERVATION 2. — Stanislas Z... (frère de la malade). Nous avons pu examiner Stanislas au dispensaire de Béthune. Depuis plusieurs années, il ne sort guère de chez lui. Houilleur arraché à la mine par la silicose, Stanislas parle sans aucune difficulté des phénomènes surnaturels dont il est le témoin. Ceux-ci ont commencé au mois de septembre 1948. Alors qu'il regardait la fresque de l'église polonaise de Bruay, Stanislas a vu le cœur du Christ s'ouvrir en même temps qu'une voix disait : « Ceci est mon domaine. » Après avoir erré toute la journée, il rentre enfin chez lui « comme ébloui », dit-il ; « quelque chose avait pénétré en moi ». « A 10 heures, je me suis senti plié sur la nuque, les lumières se sont éteintes et les éclairs ont éclaté » ; une voix très forte a dit : « Je suis la parole et je dicte la parole. » Quelques jours plus tard, le Christ lui apparaît ; de sa main partent des rayons, qui transforment le corps de Stanislas. Le Christ annonce la venue « des grands du ciel ». Depuis ce moment, chaque jour Stanislas reçoit des visites célestes : saint Pierre lui offre de taper sur sa poitrine pour prouver la réalité de sa présence ; les saints et les apôtres préparent Stanislas à une mission mystérieuse, lui apprennent toutes choses sur les plantes, les minéraux, les religions. En contre-partie, Stanislas ne peut plus rien faire sans leurs ordres ; c'est ainsi que, pendant plusieurs jours, il a dû rester nu dans sa chambre pour que les rayons du Saint-Esprit le pénétrant.

Parlant ainsi, Stanislas est intarissable ; il s'anime, tape du poing. La conviction délirante est absolue ; nous comprenons l'ascendant considérable que ce malade a pris sur les siens et le rôle indéniable qu'il a joué dans l'apparition postérieure des troubles hallucinatoires chez les autres sujets.

OBSERVATION 3. — Wenceslas K... (beau-frère de la malade). Wenceslas s'exprime lui aussi avec facilité, souligne ses phrases de gesticulations et va jusqu'à mimer les scènes qu'il raconte.

Voici textuellement ce que nous dit Wenceslas : « J'ai toujours été attiré vers le Christ. Un jour, j'ai vu un très beau Christ à la devanture d'un magasin. Chaque fois que je passais devant lui j'étais obligé de m'arrêter pour le regarder. A la fin je me suis dit : il faut que j'aie ce Christ. Alors je suis allé l'acheter et je l'ai fait bénir. A ce moment-là, je n'avais jamais entendu de voix. Cela s'est produit, la première fois, le dimanche de Pâques 1949, à l'église. Le prêtre était en train de chanter *l'Ite Missa est*. J'ai entendu une voix qui m'a dit : Tu sortiras le dernier de cette église. Je ne pouvais plus bouger. Je voulais sortir et je ne pouvais pas. J'étais obligé de rester assis. Il restait alors au moins une cinquantaine de personnes. Elles voulaient assister à une bénédiction nuptiale qui suivait la messe. Tout à coup, je me suis senti lever. Ce n'était plus moi qui agissais. J'étais pénétré. Je ne savais pas ce qu'il fallait faire et cependant les gestes s'accomplissaient d'eux-mêmes. Je me suis donc agenouillé au milieu de la nef, le front contre terre. Je sentais que c'était un rite pas ordinaire, mais je ne comprenais pas moi-même.

« Je sentais que tout le monde me regardait. A un moment donné, je me suis senti fatigué. Alors j'ai demandé à la voix, en moi-même, si je ne pouvais pas me reposer. Elle m'a répondu que je le pourrais quand elle le voudrait. Je croyais donc pouvoir m'asseoir, mais j'ai été obligé de me coucher à moitié. (Wenceslas se couche alors par terre dans notre bureau et refait les gestes qu'il a accomplis autrefois).

« Puis j'ai pensé que les gens allaient se moquer de moi. Mais la voix m'a déclaré sur un ton très autoritaire : N'ai-je pas le droit de faire dans ma maison ce qui me plaît. Deux prêtres qui passaient m'ont pris chacun par un bras et m'ont fait sortir dehors. Ils ont discuté longtemps ensemble, puis comme je souriais en moi-même, ils ont dit que je me moquais d'eux.

« Ensuite j'ai été entraîné. Devant des maisons, on m'a fait voir par les fenêtres ce qu'il y avait à l'intérieur, et on m'a dit : Tu vois comment ils vivent. Comme par un fait exprès, il n'y avait pas de Christ ni de saints dans ces maisons. Après, les voix m'ont reconduit chez moi en me disant, en entrant, de me mettre à genoux et de faire le signe de la croix. Quand j'ai eu fait cela, tout m'a quitté et je me suis retrouvé naturel. Depuis, je n'ai plus jamais rien entendu. C'est le Christ et les saints qui m'ont parlé ainsi. Il y a une œuvre à faire, mais je ne sais pas encore laquelle. »

Cet épisode oniroïde unique reste d'étiologie obscure. Le récit de Wenceslas semble calqué au début sur un épisode célèbre de « L'Idiot ». Chez un individu moins fruste, on pourrait soupçonner l'apport imaginaire fondé sur des réminiscences littéraires. Ni la comitialité, ni un facteur toxique ne semblent entrer en jeu. Sans doute, devons-nous évoquer ici les états de conscience oniroïde étudiés par Mayer-Gross.

OBSERVATION 4. — Sigmond Z... (frère de la malade). C'est deux semaines après Wenceslas que Sigmond a entendu des voix pour la première fois. A 11 heures du soir, Sigmond est entré chez lui, la marche titubante et l'air bizarre ; ayant déclaré qu'il allait boire un verre d'eau pour se rafraîchir, il s'est écroulé à genoux devant l'image de la Vierge Noire. Au bout d'une demi-heure, il révéla que celle-ci lui avait parlé après l'avoir « comme enlevé », mais qu'il n'avait pas le droit de répéter ce qu'il avait entendu. Depuis, il affirme avoir entendu les voix de Dieu ou des saints à plusieurs reprises. Un jour, alors que son frère Joseph se plaignait devant lui du travail de la mine, Sigmond a dit : « Quand le Christ portait sa croix, c'était encore bien pis », et le Christ l'ayant inspiré, il a mimé la douleur d'un homme portant une croix ou souffrant sous les coups de fouet.

Nous soupçonnons chez Sigmond l'intoxication éthylique. Elle est d'ailleurs spontanément reconnue par son entourage comme par lui-même. L'épisode initial est certainement en relation avec une ingestion un peu trop copieuse d'alcool. Nous n'avons pas pu établir nettement si les excès alcooliques postérieurs rythmaient l'arrivée des voix célestes. La sœur, Marie, nous indique néanmoins : Il dit qu'il ne les entend que le soir, quand il rentre à la maison. » Sigmond s'est, depuis, rendu régulièrement à la mine. Il n'a jamais mis ses compagnons de travail au courant des prodiges dont il est le témoin ; il estime que « la vérité se fera voir d'elle-même ».

OBSERVATION 5. — Les autres membres de la famille Z... Ceux-ci furent d'abord, ils le disent eux-mêmes, extrêmement fâchés de ce qui se produisait. Peu à peu, cependant, ils ont fini par céder à la contagion délirante. Tout en ne présentant pas eux-mêmes de phénomènes hallucinatoires, ils acceptent la possibilité que quelques-uns des leurs soient l'objet de l'attention particulière de Dieu. Le prêtre de leur paroisse a été mis au courant de leur situation, mais ils ne protestent pas contre la réserve avec laquelle celui-ci a accueilli leurs déclarations. Marie exprime le sentiment général en disant : « Ce sont des choses tellement extraordinaires qu'il faut encore attendre. » Ils ne semblent pas avoir fait de prosélytisme.

Nous sommes donc en présence d'un véritable délire de groupe. S'agit-il ici de folie communiquée ? Dans quelles mesures peuvent être réalisées les conditions classiquement requises dans l'étude des « délires à deux » depuis les travaux de Lasègue et Falret ?

La vie commune, « le même milieu, les mêmes sentiments, les mêmes intérêts, les mêmes craintes, les mêmes espérances » se rencontrent dans le cas de la famille Z... Nous savons que les membres de celle-ci sont très unis ; ajoutons qu'ils partagent la même foi et que leur isolement en pays étranger n'a pu que resserrer les liens affectifs qui les attachent.

Par suite du caractère mystique du délire, sa « vraisemblance » ne peut pas être invoquée ici : le surnaturel n'est pas susceptible d'une explication rationnelle. La conduite des frères et beau-frère de Pélagie, quasi-normale en apparence, leur conviction absolue, ont rendu vraisemblable, aux yeux de leurs parents à la foi naïve, l'attention que le ciel semble leur témoigner. Trop frustes pour avoir beaucoup d'esprit critique, ils admettent sans doute plus aisément qu'un autre le thème mystique qui les séduit l'un après l'autre.

Il reste enfin à étudier la propagation du délire. Suivant la ligne classique, nous pouvons séparer deux groupes : l'un actif, celui des sujets hallucinés ; l'autre passif, comprenant le reste de la famille Z... Encore faut-il distinguer, parmi les malades eux-mêmes, le cas de Pélagie de ceux de ses frères. Chez Pélagie, la structure délirante est nettement paranoïde et le thème mystique n'est apparu qu'après les idées de persécution et de grandeur auxquelles il est maintenant joint. Tout se passe comme si la tonalité délirante du milieu familial n'avait qu'ajouté une couleur nouvelle à la psychose de notre malade.

En ce qui concerne le groupe des trois hommes, il faut noter l'absence de communauté délirante. Il y a juxtaposition de trois délires autonomes, dont seul le thème général est commun. L'idée de mission reste très vague. Les sujets n'expriment pas l'idée d'y contribuer ensemble.

Pourtant, la contagion mentale n'est pas niable. Stanislas, qui règle encore l'ambiance étrange où vit cette famille, fut le sujet instigateur et indicateur du thème mystique, thème repris et interprété par chaque sujet comme un même motif musical l'est par chaque instrument d'un orchestre, sans qu'il y ait à proprement parler « division du travail » suivant la formule de Clérambault. Nous devons insister en outre sur des notions déjà étudiées par Dublineau et Follin, Daumézou, ainsi que Chanès et Sivadon : importance des facteurs sociologiques dans l'étude des folies multiples, étude de la Gestalt. Dans notre cas, il semble que, outre les manifestations réactionnelles d'un sujet à l'autre, soient intervenues celles du groupe par rapport au milieu, groupe profondément religieux mais fruste, doublement isolé par son origine et ses traditions, d'un milieu où il peut se sentir inférieur et inadapté. Par ailleurs, comme l'a très justement écrit Lechat, il n'y a pas de névroses religieuses mais des religiosités névrotiques.

Dans sa thèse de Paris, Averlant arrive à cette conclusion qu'aucun mysticisme n'est morbide en lui-même. Dans la famille Z..., le mysticisme est un caractère marquant de la mentalité. De même qu'on a reconnu à certains sujets une constitution émotive, on constate chez nos malades une constitution mystique. Pour nos sujets hallucinés, il ne s'agirait pas du développement normal d'un mysticisme foncier, mais de l'exaltation de celui-ci sous l'influence d'un état pathologique requis dont nous ignorons la nature.

Si marqué que soit le rôle des facteurs de race, de groupe, et d'éducation, chez nos divers malades (et compte tenu pour certains d'entre eux de leur état pathologique, l'activité plus ou moins grande de leur mysticisme est en rapport avec le degré plus ou moins accusé de la tendance constitutionnelle. Celle-ci paraît absente chez le mari de Pélagie. Pour tenter d'expliquer le délire collectif de nos malades, il semble nécessaire de faire intervenir la notion d'une structure mystique particulière : ils ont une double hérédité mystique et psychopathique.

DISCUSSION

M. H. BARUK. — Je ne vois guère comment les auteurs font la différence entre le mysticisme normal et pathologique. Si la croyance au surnaturel suffit pour définir le pathologique, on ne peut oublier que des peuples entiers croient au surnaturel. Au surplus, l'importance de la pensée mystique dépend des milieux et des époques.

M. Cl. POTTIER. — Il faut distinguer la pensée rationnelle et la pensée mystique, ces deux types de pensée étant très inégalement partagés. Il existe chez certains une aptitude à croire au mystère. Dans la pensée mystique, il faut voir le fait de pouvoir admettre autre chose que le déterminisme rigoureusement scientifique. Il ne serait donc pas exact de dire que la pensée mystique est morbide en soi. Mais elle explique certains délires, certains états pathologiques qui surviennent chez des mystiques, et dont le thème de vie est mystique.

M. F. TOSQUELLES. — Parler de constitution à propos de pensée mystique, c'est un peu rétrécir le débat. Le problème de la conversion, en particulier, serait à étudier à ce point de vue.

M. E. MINKOWSKI. — La très intéressante communication que nous venons d'entendre appelle quelques remarques complémentaires. Une différence est à établir, pour ce qui est des mécanismes qui entrent en jeu, entre un délire à deux ou à plusieurs et les mouvements mystiques collectifs à caractère pathologique. Nous rappelons l'ouvrage de Rogues de Fursac sur « Un mouvement mystique contemporain ». En ce qui concerne les cas présentés, il y a lieu de tenir compte de ce qu'il s'agit d'ouvriers polonais émigrés en France, toujours, d'après notre expérience, incomplètement intégrés à la vie du pays ; ici, de plus, ce sont des natures frustes, comme le soulignent les rapporteurs ; des différences ethniques peuvent également entrer en ligne de compte, et plus particulièrement la recherche et la croyance en des forces surnaturelles, particularités qui se manifestent parfois à un degré plus ou moins élevé, même en dehors de tout mouvement mystique. Pour l'un des malades, il a été question de structure paranoïde du délire ; il se présente comme tel une fois hospitalisé, c'est-à-dire une fois séparé du groupe qui prenait part à ses manifestations mystiques ; cette constatation clinique

ne se laisse pas probablement transposer directement sur la situation qui existait tant qu'il était plongé dans le groupe ; tant en ce qui concerne la façon d'être du malade que les mécanismes psycho-pathologiques, et par conséquent aussi tant en ce qui concerne notre appréciation, des différences peuvent exister entre ces deux situations.

Les termes « mysticisme » et « mystique » recouvrent des phénomènes et des faits qui diffèrent les uns des autres, non seulement pour ce qui est des nuances, mais en leur essence même. Ces termes sont trop vastes. Nous connaissons également des manifestations mystiques qui apparaissent à la suite de processus morbides. Le cas de Van Gogh mérite d'être rappelé. De ce point de vue, une conception uniforme, appliquée globalement et sans distinction à toutes les manifestations mystiques, impose peut-être quelques réserves.

M. P. GISCARD. — Cette communication présente l'intérêt de nous offrir le cas de quatre délirants principaux, dont le délire évolue chacun pour son compte, suivant une structure différente dans chaque cas. Le seul élément collectif est le caractère commun à ces délires d'avoir un thème mystique, qui diffère d'ailleurs, puisque dans un cas il est question de la Vierge, dans un autre du Saint-Esprit. Dans les délires collectifs, habituellement, il y a au contraire un délirant principal dont les autres, influencés, partagent les convictions.

Il y aurait lieu, à mon avis, d'établir une distinction entre la croyance religieuse et le mysticisme, d'une part, et, d'autre part, entre un mysticisme compatible avec un état mental normal et un mysticisme morbide.

Remarques sur l'action du 4560 R.P. sur l'agitation maniaque, par MM. HAMON, PARAIRE et VELLUZ.

Les ganglioplégiques sont à l'ordre du jour en thérapeutique. Certains d'entre eux commencent à être utilisés dans les accidents hémorragiques cérébraux de l'hypertension ou pour modifier le régime de la circulation cérébrale dans les interventions neuro-chirurgicales. D'autres sont capables d'exalter l'action des anesthésiques ou de bloquer le système neuro-végétatif.

Un de ces agents médicamenteux, le 4560 R.P., potentialisateur et stabilisateur végétatif, est étudié par Jaulmes et Laborit, au laboratoire central du service de santé et a permis à Laborit de mettre au point sa technique d'hibernation artificielle.

Le 4560 R.P. est un corps chimique, dérivé de la dibenzo-parathiazine, et dont la structure est voisine de celle du diparcol et du parsidol. C'est un ganglioplégique, un sympatholytique et, à un moindre degré, un vagolytique.

La toxicité, expérimentée chez la souris, s'est montrée comparable à celle du phénergan. Il n'est pas anti-histaminique. Il a une action potentialisatrice à l'égard des anesthésiques, des analgésiques, des hypnotiques et des barbituriques. Injecté seul, il produit une « tendance au sommeil », associé au dolosal, un état de somnolence et de « désintéressement ». Il est également hypotenseur et, pour certains,

hypothermisant. Il agirait sur le diencephale sans qu'on puisse préciser le mécanisme de cette action. Son action centrale est interprétée comme une interruption synaptique entre la corticalité et le diencephale.

Tel est le « potentialisateur » avec lequel nous avons traité un état maniaque. Naturellement, nous ne présentons pas une méthode nouvelle de traitement de la manie. Nous voulons simplement apporter quelques remarques sur l'action symptomatique de ce produit sur l'agitation.

Le malade traité n'était pas un inconnu pour nous.

OBSERVATION. — Lh... Jacques, âgé de 24 ans, a été suivi pour la première fois dans le service en 1949, pour un accès maniaque, traité du 9 septembre au 10 octobre par 15 électro-chocs, dont 4 sous narcose au pentothal.

Sur un fond d'hypo-manie, nouvel accès en 1951 ; traité par 9 électro-chocs du 6 février au 1^{er} mars et par 15 comas insuliniques jusqu'au 6 avril.

Nouvel état maniaque en janvier 1952. Agitation extrêmement importante. Hospitalisation le 17 janvier. Mis en traitement au 4560 R.P. le 19.

Le 19 janvier à 10 heures, injection intramusculaire d'une ampoule de dolosal de 0,10, suivie d'une injection par voie veineuse de 50 mgr. de 4560 R.P.

Par erreur, le produit (scélérosant pour les veines) a été injecté pur. Il est en effet nécessaire de le diluer dans du sérum glucosé.

Le malade est calme dès la fin de l'injection. Il reste étendu sans bouger, les yeux clos, répond quand on lui parle, en gardant une attitude maniaque : cligne de l'œil, tire la langue. Puis sommeil. A 17 heures, désentravé (ce malade déchirait draps et couvertures, crevait les matelats, etc...), fait quelques mouvements pour se « décourbaturer ». Puis s'étend, ferme les yeux, reste calme. Le calme complet persiste jusqu'à 4 heures du matin. Les injections ont provoqué une période de calme de 18 heures.

Le 20 janvier à 10 heures, 1 dolosal + 10 mgr. de potentialisateur ; dose trop faible, pratiquement aucun résultat. Agitation extrême. Dans la nuit, le médecin de garde fait une injection de somnifène puis de gardénal sodique en pure perte.

Le 21 janvier, à 16 h. 30, le dolosal + 50 mgr. de potentialisateur ; calme dès la fin de l'injection. Deux heures après s'alimente. Reprend son attitude somnolente jusqu'à 2 heures, soit 7 heures de calme complet.

Le 22 janvier, à 17 heures, 1 dolosal + 50 mgr. de potentialisateur ; 3 heures de calme. Reprise de l'agitation à 20 heures.

Le 23 janvier, à 17 heures, pentothal 0 gr. 50 + 50 mgr. de potentialisateur. Sommeil jusqu'à 22 heures. Il s'agit avec le pentothal de sommeil (5 heures de calme).

Le 24 janvier, à 17 heures, doses plus fortes : 2 dolosal + 75 mgr. de 4560 R.P. Calme jusqu'à 1 heure du matin (calme 8 heures).

Le 25 janvier, à 17 heures, même dose que la veille. Calme jusqu'à 22 heures (sédation de 5 heures).

Le 26 janvier, à 17 heures, 2 dolosal + 100 mgr. de potentialisateur. Calme jusqu'à 22 heures (sédation de 5 heures).

Le 27 janvier, électro-choc sous pentothal à 10 heures. Reprise de la grande agitation à 12 heures (2 heures de calme).

Le 28 janvier, à 17 heures, 2 dolosal + 75 mgr. de 4560 R.P. Calme jusqu'à 5 heures (sédation de 12 heures).

Le 29 janvier, agitation toujours très importante. Veines indurées ; œdème périverneux. Pas d'injection. A 16 heures, électronarcose de 5 minutes. Reprise de l'agitation 25 minutes plus tard.

Le 30 janvier, à 16 heures, 2 dolosal + 80 mgr. de potentialisatcur. Calme jusqu'à 5 heures (sédation de 13 heures).

Le 31 janvier, à 17 heures, 2 dolosal + 80 mgr. Reprise de l'agitation à 22 heures (5 heures de sédation).

Le 1^{er} février, à 17 heures, électro-choc. Calme jusqu'à 22 heures (sédation de 3 heures).

Le 2 février, à 10 heures, 2 dolosal + 80 mgr. (sédation de 4 heures) ; à 17 heures, électro-choc (sédation de 4 heures).

Le 3 février, à 10 heures, électro-choc (sédation de 4 heures).

Le 4 février, à 17 heures, 2 dolosal + 80 mgr. Calme toute la nuit.

Le 5 février, agitation moins intense, moins bruyante : à 17 heures, 2 dolosal + 50 mgr. de potentialisateur. Calme. Prend son repas deux heures après. Nuit entièrement calme.

Le 6 février, hypomaniaque. Prend contact avec ses voisins, fait une partie de bridge, déclenche une dispute ; à 17 heures, 1 dolosal + 50 mgr. de potentialisateur. Nuit calme.

Le 7 février, reste hypomaniaque mais adaptable à une vie normale. Arrêt de tout traitement.

Cet état maniaque a duré vingt jours.

Au cours de nos tâtonnements thérapeutiques, nous avons pu constater que le 4560 R.P., associé à un barbiturique ou à un analgésique, était capable de faire tomber l'agitation. La sédation obtenue a été immédiate, mais de durée variable suivant les jours, et pas toujours en fonction de l'importance des doses.

La durée de calme complet, directement provoqué par l'injection, se répartit de la façon suivante :

1 dolosal + 50 mgr. de 4560 R.P. = 18 h., 7 h., 3 h., 5 h.

2 dolosal + 75 mgr. de — = 8 h., 5 h., 12 h.

2 dolosal + 80 mgr. de — = 13 h., 5 h., 4 h., 12 h.

2 dolosal + 100 mgr. de — = 5 h.

Pentothal 0 gr. 50 + 50 mgr. de 4560 R.P. = 5 h.

Dès la fin de l'action du médicament, l'agitation reprenait avec la même intensité et le même caractère. L'injection de produit sans dilution a entraîné la plus longue sédation.

Pendant cet accès maniaque, nous avons fait quatre électrochocs et une électro-narcose, les onzième, treizième, seizième, dix-septième, dix-huitième jours. Dans certains cas, à cause des difficultés d'injection, liées à de l'œdème péri-veineux.

Il nous paraît prématuré de vouloir comparer l'action du poten-

tialisateur et du choc, notons cependant que les électrochocs ont donné 2 h., 3 h., 4 h., 4 h. de calme, et l'électro-narcose, de cinq minutes à vingt-cinq minutes de repos.

Le traitement comprenant une dose totale de 855 mgr. de 4560 R.P. a été bien supporté. Pas d'atteinte de l'état général. Pas d'obnubilation au réveil.

Pendant toute la durée de l'accès, le malade a présenté une température à 38°. Il est vrai que nous avons dû le contenir, car il lacérait tout ce qui se trouvait à sa portée. Un clocher fébrile au milieu de l'accès, sans signe de localisation. Traité à la pénicilline.

La tension, qui était de 13-8 au début du traitement, est tombée à 10-7 à la fin ; le pouls est resté régulier. Les constatations antérieures de Laborit ont montré qu'il n'y avait pas de modification du tracé électro-cardiographique.

L'hémogramme n'a pas été modifié. La formule sanguine n'a pas varié avant et après le traitement. Au point de vue quantitatif, à la fin de la série d'injections, nous avons noté un déficit de 350.000 hématies, et de 600 leucocytes ; variations négligeables.

Les urines sont restées normales : ni albumine, ni sucre, ni sels, ni pigments biliaires. Rapport de Maillard à 5,7. Azotémie à 0 gr. 25 ; cholestérol : 1 gr. 60. Bilirubinémie à 2 mgr. 7. MacLagan D.o.: 3.

Après cette première tentative, nous croyons pouvoir faire les remarques suivantes :

Le 4560 R.P., stabilisateur végétatif et potentialisateur, associé à un analgésique ou à un barbiturique, provoque une sédation de l'agitation maniaque. En général, la sédation est immédiate, mais de durée variable (de 3 h. à 18 h.). La médication est bien tolérée, ne retentit pas sur l'état général et n'a pas d'effet toxique important.

Il y aurait intérêt, pensons-nous, après avoir étudié la sensibilité individuelle, à utiliser des doses plus fortes : par exemple, injecter une dose de charge de 100 mgr., et deux injections d'entretien de 50 mgr., réparties dans les vingt-quatre heures. Ou encore, une même dose de charge, et installation, quelques heures plus tard, d'une perfusion veineuse lente de 100 mgr., diluée dans 250 cm³ de sérum glucosé isotomique. Comme produit d'accompagnement, le dolosal paraît actif. Notons au passage qu'il s'agit ici avant tout d'un antalgique, spasmolytique et sédatif, plus que d'un hypnotique. Le pentothal intraveineux s'élimine trop rapidement. Le gardénal-sodique, injecté par voie musculaire une dizaine de minutes avant le potentialisateur, nous paraît préférable.

Il est logique de penser que les cures de sommeil pourront bénéficier de ces nouveaux agents, ainsi que certaines névroses à grosses manifestations dystoniques. Diverses associations de « stabilisateurs » pourront neutraliser le système neuro-végétatif. Il n'est pas dit que la cure d'hibernation artificielle n'ait pas aussi son rôle à jouer. Il est probable que nous allons nous trouver en présence d'une gamme de

produits pharmaco-dynamiques susceptibles d'enrichir la thérapeutique psychiatrique.

DISCUSSION

M. P. GUIRAUD. — Cette communication sur l'application en psychiatrie des nouveaux médicaments agissant sur le système végétatif me paraît présenter un grand intérêt.

Avec le phénergan, soit *per os*, soit en injections, j'ai obtenu des résultats excellents sur la grande agitation désordonnée. Mais ces résultats sont très variables avec les sujets. Récemment, une grande maniaque avec déshydratation et épuisement, traitée par le goutte-à-goutte rectal et une seule injection de phénergan, a dormi pendant douze heures et, dès son réveil, a commencé à s'améliorer rapidement.

Je suis convaincu qu'en s'inspirant des recherches de Laborit et de ses collaborateurs, grâce aux nouveaux médicaments, on pourra obtenir de remarquables résultats. Plus que le syndrome maniaque, le syndrome délire aigu me paraît devoir bénéficier de cette méthode.

Je crois devoir signaler un détail technique. La solution du 4560 R.P. est assez acide et caustique pour les veines. Laborit, actuellement, l'utilise au cours d'une perfusion intraveineuse de sérum glucosé. Chez les grands agités, il est plus pratique de pratiquer la perfusion par voie intra-osseuse (coxale) au moyen du trocart de Mallarmé. Il suffit d'ouvrir les lac sanguins par une injection à la seringue et de perfuser ensuite avec une hauteur de deux mètres.

D'autre part, le coma insulinaire tend déjà à réaliser une hibernation puisque la température y descend sans frisson au-dessous de 33° et même à 30° (fait constaté par des auteurs polonais et qui m'a été signalé par Sakel). Bien entendu, cette hypothermie par hypoglycémie ne peut se prolonger sans danger ; j'estime qu'il ne faut pas laisser descendre le malade au-dessous de 34°. Il est possible que l'hibernation, quand elle sera codifiée, donne d'aussi bons résultats que l'insulinothérapie.

Un essai de psychothérapie en milieu pénitentiaire, par M. P. GISCARD.

Le reclassement social des délinquants, en particulier des délinquants récidivistes, soulève un problème particulièrement épineux. L'administration pénitentiaire a créé, depuis quelques années, plusieurs établissements où ont été observés et classés des récidivistes condamnés à la relégation. Ayant été chargé du service psychiatrique de deux établissements de Clermont-Ferrand et de Gannat, où ont été placés des récidivistes de ce genre, je voudrais dire quelques mots des principes qui m'ont guidé dans mon activité. Ces relégués avaient été déjà suivis et triés à l'établissement de Loos par une commission de classement, dont fait partie notre collègue Vullien. Les relégués présentant les tendances les plus dangereuses sont envoyés à l'établissement de Gannat, prison fermée ; ceux dont la nocivité est moindre sont dirigés sur l'établissement de Clermont-Ferrand, où ils peuvent bénéficier d'autorisations de sortie et de placements en semi-liberté ; l'un d'eux même a obtenu récemment sa libération condi-

tionnelle à la suite d'un placement en semi-liberté de plusieurs mois (1).

Dans mon action comme psychiatre, j'aurais pu me contenter de rédiger une observation scientifique de chaque cas envisagé, et d'assurer, par les indications fournies à la direction de l'administration pénitentiaire, un rôle de défense sociale. J'ai estimé que ce rôle nécessaire n'était pas le plus important dans ma tâche. Malgré le pronostic plutôt sévère que le passé chargé de ces délinquants paraissait devoir imposer, je me suis efforcé, autant qu'il était en mon pouvoir, d'aider au relèvement psychologique et moral de ces récidivistes et, par là, de préparer leur réadaptation sociale.

L'entreprise était hardie, et j'avoue qu'on pourrait m'accuser ou me soupçonner de témérité pour n'avoir pas désespéré de toute possibilité d'amendement chez des individus considérés comme antisociaux ou asociaux, que la société a rayés de ses cadres pour une durée qui est, en principe, d'après la loi, indéfinie.

Obligé de faire aujourd'hui une sorte d'examen de conscience, je dois confesser que les échecs, dans une telle œuvre, sont nombreux. Ils ne sont pas tels, toutefois, qu'on doive renoncer aux efforts commencés ni revenir en arrière pour se contenter de mesures de défense sociale pure.

Le bilan des placements en semi-liberté se solde par un nombre considérable d'évasions. Les autres infractions sont beaucoup plus rares, quelques vols ou larcins ont été commis par les évadés.

Parmi ces récidivistes, il y a une forte proportion d'alcooliques. L'alcoolisme est certainement un facteur important de récidive dans la délinquance. J'ai traité un certain nombre de ces éthyliques par l'espéral, mais les résultats de la cure dans un tel milieu sont passagers et décevants.

Un résultat a été cependant obtenu, il n'est pas de minime valeur : une atmosphère a été créée, et le relégué sait lui-même qu'il n'est pas soumis à de simples mesures de correction pénale, qu'une chance lui est offerte. On ne peut méconnaître le désir d'une liberté normale, profondément ancré dans l'être humain, et il est incontestable que ce désir est le principal levier du relèvement d'un prisonnier.

C'est pourquoi je n'ai pas hésité à consacrer de longues heures à la psychothérapie individuelle et collective exercée auprès de ces relégués, les voyant longuement, les faisant bénéficier de sorties au cours desquelles j'assistais avec eux à des représentations théâtrales ou cinématographiques, ou à des manifestations sportives telles que des matches de rugby ou des courses de vélos. Je ne me suis pas contenté d'un rôle d'observateur, j'ai été pour ces prisonniers un conseiller et un ami, sans rien perdre d'ailleurs de mon autorité ni du prestige

(1) Dans le placement en semi-liberté, le relégué travaille chez un employeur à l'extérieur, mais il doit rentrer chaque soir à l'établissement. Dans la libération conditionnelle, il se choisit un logement et jouit de sa liberté sous surveillance.

qui m'étaient nécessaires, exerçant une influence considérable sur tous les rouages de l'organisation, sans cesse approuvé d'ailleurs dans ma manière d'agir par la direction de l'administration pénitentiaire.

Ma conception a été hardie, et la manière dont je l'ai appliquée était toute nouvelle. Il ne m'appartient pas de l'apprécier moi-même.

Je désirerais vous soumettre seulement quelques réflexions.

1° Je ne crois pas qu'un psychiatre, dans un établissement pénitentiaire, doive se borner à un rôle d'observation et de défense sociale pure. Il faut que le prisonnier sente dans le médecin qui l'examine et qui s'occupe de lui un dévouement réel, sans que ce dévouement porte atteinte à son impartialité. Pourquoi nous contenterions-nous de faire des diagnostics et des pronostics ? Un diagnostic, même motivé, n'est pas toujours infaillible, et un pronostic est souvent démenti par les événements. Déclarer un individu à jamais inamendable est une décision très lourde de conséquences. J'éprouve une vive répugnance à prendre une telle décision et, à part le cas de quelques caractériels, qu'on a le devoir d'écarter et d'isoler, il faut toujours laisser une chance de réadaptation au relégué, quelles que soient les fautes commises par lui dans le passé.

2° Du point de vue psychiatrique, il faut se rendre compte que la plupart de ces individus ne sont pas à proprement parler des anormaux, mais des inadaptés, dont les tendances résultent très souvent d'une absence d'éducation familiale ou de l'influence délétère du milieu social. L'importance de la dissociation familiale à l'origine de la délinquance, démontrée par Menut dans sa thèse, sous la direction du professeur Heuyer, ne saurait être niée. Ce facteur capital de la délinquance à répétition me paraît être un facteur familial, social et moral, beaucoup plus qu'un facteur proprement pathologique.

On a parlé de la « dictature psychiatrique », et on nous a parfois reproché, dans les milieux judiciaires et pénitentiaires, d'avoir voulu l'exercer. Si par dictature on entend, qu'en matière pénale, la décision d'emprisonnement ou de libération doit être prise par le psychiatre, il faut repousser énergiquement une telle conception. Mais il appartient au psychiatre de préconiser une autre dictature qui, celle-là, ne portera ombrage à personne, la dictature de la confiance, de la compréhension, de l'amitié, du redressement psychologique. Cette dictature de l'amitié et de la confiance, je l'ai exercée. Peut-être estimera-t-on que j'ai eu tort de penser qu'avec des êtres déclassés et éliminés de la société, il y avait encore quelque chose à faire. En tout cas, je ne regrette pas d'avoir cru que ma fonction primordiale n'était pas seulement d'observer et de classer, mais de relever et de guérir.

DISCUSSION

M. H. BARUK. — On ne saurait trop souligner l'intérêt de la présente communication. Elle rappelle quelques principes, trop souvent oubliés à mon avis.

M. M. BACHET. — Je partage l'intérêt de M. Baruk pour cette communication. La délinquance se présente comme une maladie, et doit être envisagée comme telle, avec toutes les conséquences que cette perspective peut impliquer.

M. A. FRIBOURG-BLANC. — Je pense qu'il y a là un effort méritoire et justifié. Il ne faut être, dans ce domaine de la délinquance, ni trop utopiste, ni trop pessimiste. J'ai vu des cas où l'amendement avait été obtenu en dépit des apparences. L'étude du fond mental de base paraît très importante pour la discrimination des cas.

Délinquance à répétition, peut-être consécutive à une encéphalite léthargique, traitée par la topectomie. Pseudosuccès proclamé suivi d'un échec véritable, par MM. H. BARUK, LIFSCHITZ (de Santiago) et ROLAND.

Dans plusieurs séances antérieures de la société médico-psychologique, à propos notamment des observations de Heuyer, Feld et Lebovici (1), de Bachet (2), de Brousseau, Puech, N'Guyen et Y. Guigen (3), des discussions ont eu lieu à propos des opérations préfrontales dans les cas de délinquance. L'un de nous a fait remarquer que de telles opérations, qui ont précisément pour effet de diminuer le contrôle moral et d'abaisser l'affectivité ne paraissent pas indiquées dans des cas où justement ce contrôle est déjà abaissé par la maladie et il s'est élevé contre les dangers et les abus auxquels peut conduire une telle orientation thérapeutique (4).

L'observation que nous rapportons ci-dessous montre un exemple de plus d'échec de cette thérapeutique et du danger d'une appréciation trop rapide des résultats après un temps trop court après l'intervention.

OBSERVATION. — Il s'agit de M. S..., âgé de 36 ans. On relève chez ses ascendants un cas de dépression et un autre d'alcoolisme. Dès l'enfance, il présente de petits troubles du contrôle ; quand il a envie d'une chose, il en a un désir irrésistible ; il fait de menus vols, gagne de l'argent au jeu à ses camarades. Par ailleurs, il aime briller et jouer de son charme. Néanmoins, il est intelligent et fait de bonnes études.

(1) HEUYER, FELD et LEOVICI. — Résultats d'une topectomie chez un délinquant vingt fois récidiviste. *Société médico-psychologique*, 18 décembre 1950 ; *Annales médico-psychologiques*, t. I, n° 1, janvier 1951, p. 65-67.

(2) BACHET. — Suite de l'observation du malade délinquant vingt fois récidiviste ayant subi une topectomie et ayant récidivé. *Société médico-psychologique*, 9 juillet 1951 ; *Annales médico-psychologiques*, t. II, n° 3, p. 302-305.

(3) BROUSSEAU, PUECH, N'GUYEN et Y. GUIGEN. — Troubles anciens et graves du caractère et du comportement remarquablement modifiés par interventions neuro-chirurgicales préfrontales. *Société médico-psychologique*, 9 juillet 1951 ; *Annales médico-psychologiques*, t. II, n° 3, p. 306-311.

(4) H. BARUK. — La condamnation de la psycho-chirurgie actuelle. Réponse à M. Henri Ey. Problèmes psychologiques, moraux et légaux. *Société médico-psychologique*, 9 juillet 1951 ; *Annales médico-psychologiques*, t. II, n° 4, novembre 1951, p. 420-424.

. Sa maladie proprement dite commence à partir d'un échec à Polytechnique, dont l'annonce lui donne des réactions émotionnelles vives, suivies de diplopie, d'une sorte de paralysie mal définie avec difficulté à écrire, et peu après, somnolence. A ce moment, il part à la campagne, où les signes s'améliorent. Plusieurs neurologistes consultés font le diagnostic d'encéphalite léthargique. C'est seulement un peu plus tard qu'apparaît la tendance à boire. L'alcool lui donne la sensation d'être plus intelligent et plus fort que les autres ; rapidement il ne peut plus s'en passer, boit jusqu'à l'ébriété presque chaque jour, commence à commettre à une cadence de plus en plus rapide vols sur vols, chez lui, dans les cafés — où il ne paie pas ce qu'il boit, dans l'armée — où il cambriole la trésorerie de sa Compagnie ; les condamnations se succèdent : douze en tout, dont la dernière, pour attaque d'une bijouterie, le rend passible de la rélégation.

C'est alors qu'il entre en observation à la Pitié. Il est opéré par le Dr Lebeau le 7 septembre 1948. Le compte rendu opératoire, que celui-ci a bien voulu nous communiquer, dit notamment :

« L'hémisphère droit est uni à la faux par un assez grand nombre « d'adhérences, qui semblent être des cicatrices méningées... Quand l'exposition paraît satisfaisante, on procède à une ablation de la moitié antérieure de l'aire 24 et de la moitié supérieure de l'aire 32 à droite et à « gauche. »

Les suites opératoires sont bonnes et pendant six semaines le malade est très bien. Il paraît avoir un meilleur contrôle de soi, se mieux juger, et fait des efforts pour se tenir. C'est à ce moment que des comptes rendus enthousiastes du résultat de l'intervention ont été faits en première page par deux journaux à grand tirage sous les titres « Grâce à la lobotomie, le Polytechnicien-gangster est redevenu un honnête homme », et « L'étrange cas de... » (ici, le nom du malade, sans qu'il ait donné à cela son consentement) ou « Le bistouri vaincra le crime ».

Un mois après l'opération, il est envoyé en convalescence dans la Sarthe. Là, au bout de peu de temps, il se remet à boire, et pour cela, vend tous ses effets et va demander de l'argent à des gens qui exercent la même profession que son père.

Il va échouer à l'hôpital de Nantes, d'où il se sauve par crainte de l'internement, mais il est rapidement interné à Saint-Jacques de Nantes (4 mois) puis à Lesvellec, où il reste 5 mois, et enfin à l'hôpital de Navarre à Evreux, où il reste un an et demi, et d'où il est transféré à la maison nationale de Charenton, avec un certificat qui mentionne : « Instabilité, euphorie, exubérance, loquacité, tendance nouvelle à boire. »

Dans le service, il se montre très gai, très bavard, presque exubérant, familier. Quand on l'interroge, il bouffonne, prend l'initiative de la conversation. Il manifeste constamment un désir profond de plaire, de se gagner la confiance, la pitié ou l'admiration des gens et emploie à cela toute sa séduction. Par contre, il fait preuve assez fréquemment de peu de tact et de contrôle de soi. Il a un comportement souvent puéril, fait des plaisanteries. L'extraversion, l'euphorie, les jeux de mots, la causticité, rappellent — de façon légère — la moria. On note encore un certain maniérisme : affectation dans la démarche et le maintien, diction un peu recherchée. Par ailleurs, nous avons vu chez lui se faire jour des tendances à la mythomanie et à la simulation. Les préoccupations sexuelles tiennent une grande place et il ne réfrène guère ses tendances, quelles qu'elles soient. Il raconte

sur un ton complaisant, presque satisfait, ses excès sexuels et éthyliques. Il fait généralement preuve de peu de retenue et de réserve. A deux reprises, il fait des fugues durant lesquelles il emprunte de l'argent, boit, reste en état d'ébriété plusieurs jours, puis, à bout de ressources, rentre de lui-même à l'hôpital. A ce moment, il reste très déprimé, quelque temps, et dit « qu'il n'y a plus d'espoir pour lui ».

A l'examen neurologique, aucun signe de Parkinson. Il existe plutôt de l'hypotonie aux membres inférieurs, sans toutefois dysmétrie ni signe cérébelleux. Les réflexes tendineux sont normaux. Il n'y a pas de réflexe de défense. Le reste de l'examen est négatif. Toutefois, le malade a présenté une syphilis en 1938. Un Bordet-Wassermann s'est avéré positif dans le service et a été négativé par le traitement.

Conclusion. — Il s'agit d'un malade qui, après avoir présenté dans l'enfance du déséquilibre, semble avoir eu un épisode qualifié d'encéphalite, à la suite duquel son contrôle moral et social a fléchi totalement, ce qui a entraîné des condamnations en cascade. Pris entre le danger de la relégation et celui de l'internement, le malade a accepté l'opération. Après une apparence d'amélioration, proclamée et publiée bruyamment, on a dû s'apercevoir que l'effet avait été nul et le malade finalement n'a pu éviter l'internement, auquel il est toujours soumis depuis l'opération.

Il aurait peut-être été plus utile de préciser la cause de cet état. Il est possible que, chez un sujet déjà prédisposé, une encéphalite léthargique ait donné des troubles du contrôle moral et du comportement, comme cela est bien connu, bien qu'actuellement il n'y ait aucun signe de Parkinson. Klippel avait déjà souligné que le terrain nerveux et héréditaire constitue un point d'appel pour les infections neurotropes. D'autre part, le malade aurait eu des paralysies transitoires, qui auraient guéri rapidement, et qu'il dit avoir simulé. On pourrait à ce sujet discuter le diagnostic de pithiatisme. Cette hypothèse est possible, mais elle ne permet pas à elle seule d'éliminer l'encéphalite léthargique, car on sait qu'il existe parfois des phénomènes de type hystérisforme, à la suite de cette affection.

En tout cas, le traitement de ce malade doit plutôt s'adresser aux causes infectieuses, — s'il y en a —, et aussi comporter la psychothérapie et la rééducation. Il est à noter que la chute sociale de ce malade et ses condamnations répétées ont été grandement favorisées par le fait que la famille, lasse et dégoûtée de ces troubles du comportement, et un peu écœurée, l'avait en quelque sorte mis à l'index et que cette impression d'être réprouvé a beaucoup joué dans le désespoir et dans l'abandon de ce malade. Il y a donc beaucoup à faire au point de vue moral et social dans un cas de ce genre, autant qu'au point de vue médical. Dans ce cas, comme trop souvent, on a préféré se lancer dans cette thérapeutique du désespoir qu'est la psychochirurgie, thérapeutique non seulement inutile, mais néfaste par les lésions anatomiques qu'elle entraîne. Une telle orientation est

bien souvent le résultat d'un effort médical et thérapeutique insuffisant, et suit la pente du moindre effort.

Ainsi, la psychochirurgie constitue une pente dangereuse en favorisant, par les facilités qu'elle semble accorder, la carence des thérapeutiques réelles.

DISCUSSION

M. M. DAVID. — Je ne crois pas qu'on puisse accepter le terme de « thérapeutique de désespoir ». La psycho-chirurgie, à mon avis, doit venir après l'échec de tous les traitements. Mais, ceci dit, c'est une thérapeutique comme une autre, qui donne des résultats remarquables dans certains cas, mais à condition qu'on sache en poser les indications. On ne saurait considérer le psycho-chirurgien comme une sorte d'exécutant aveugle, mais bien comme un clinicien, ayant à peser le pour et le contre de ces indications. La mélancolie d'involution figure parmi les meilleures indications de la lobotomie.

On parle de lésions créées par le psycho-chirurgien. Mais l'insulinothérapie, également, provoque des lésions. L'essentiel n'est-il pas, dans l'un comme dans l'autre cas, d'obtenir une guérison, ou tout au moins une amélioration du malade ? Quant au grief selon lequel la lobotomie manque de bases scientifiques, il s'efface en partie devant les résultats de certains travaux récents. On sait aujourd'hui que la lobotomie détermine des actions très diverses, peut-être même des actions endocrinienne. D'ailleurs, sait-on si les traitements endocriniens, parfois appliqués sans discernement suffisant, ne sont pas, en définitive, aussi traumatisants que l'action psychochirurgicale ?

M. H. BARUK. — Le terme « thérapeutique de désespoir » s'explique par le fait que la psycho-chirurgie est souvent décidée après échec des autres thérapeutiques, et il faut bien reconnaître que l'ensemble des thérapeutiques stéréotypées, mécaniques et aveugles, telles que l'électro-choc, le cardiazol, l'insuline, etc..., procèdent déjà d'une attitude de désespoir préalable. On pose trop rapidement et souvent inconsidérément le diagnostic de schizophrénie et de chronicité et, à la suite de ce pronostic, se déclenche automatiquement la série des thérapeutiques automatiques que nous venons d'énumérer. On néglige d'accorder quelque crédit à la nature, de l'étudier, de la comprendre, et de rechercher des thérapeutiques rationnelles, et on arrive ainsi à la lobotomie, dernier terme de la série après lequel on déclare « il n'y a plus rien à faire ».

Le problème de la justification ou de la non-justification de la psychochirurgie est un problème psychiatrique et non chirurgical. Le neuro-chirurgien est ici un exécutant, mais en général il n'est responsable, ni de la décision opératoire, ni de l'appréciation de ses résultats. Or, cette décision et cette appréciation sont le fait du psychiatre. Pour les décisions, thérapeutiques, le psychiatre, fatigué par des malades obscurs et difficiles, doit faire un effort énorme, intellectuel et moral, pour étudier ces malades, obtenir leur sympathie, déceler les causes de la maladie.

C'est une pente bien ardue, qui réclame un effort considérable, une expérience qui ne s'acquiert qu'après les études médicales profondes et une vie prolongée pendant de longues années avec les malades (car, quelques conversations avec des psychiatres, si intéressantes soient-elles, comme le souligne notre ami David, ne suffisent pas, loin de là, pour apprendre la psychiatrie) et enfin c'est une rude montée qui suppose un véritable courage et un esprit robuste d'humanité. Mais il y a maintenant l'échappatoire facile de la lobotomie, échappatoire favorisé par le pronostic de la chronicité. Ainsi, très insidieusement, le psychiatre est soumis à la tentation de céder à la paresse et d'avoir la tranquillité en posant un pronostic qui justifie ensuite

la thérapeutique de désespoir et qui lui assure la tranquillité. C'est par cette pente redoutable, qui endort et trompe la conscience, que la psycho-chirurgie est la plus dangereuse. Il est aussi facile de comprendre qu'elle séduit spécialement ceux qui veulent faire de la psychiatrie toute faite sans avoir fait l'effort de l'apprendre dans la réalité.

Il est bien certain que lorsqu'on lit l'énorme littérature consacrée à la lobotomie, on ne trouve aucun auteur, même parmi les partisans les plus résolus de cette méthode, qui soutienne qu'il s'agit d'une thérapeutique visant à guérir les psychoses.

La psycho-chirurgie ne vise pas à guérir, et c'est pourquoi elle ne se soutient et ne peut se justifier que si l'on a admis préalablement l'incurabilité des psychoses. Devant cette incurabilité (contredite par les faits, mais seulement pour des médecins qui ont eu la patience de suivre leurs malades pendant de longues années) devant ce désespoir de principe et préalable, on s'estime autorisé à essayer au moins d'atténuer des symptômes gênants, comme l'anxiété, ou l'agressivité. On oublie que l'anxiété est souvent curable sans que, pour la supprimer, on soit obligé de mutiler ou de détruire la personnalité. Quant à l'agressivité, loin d'être calculée par la lobotomie ou les opérations similaires, elle est au contraire ultérieurement très souvent aggravée par suite de la diminution du contrôle. Bien entendu, pour apprécier les résultats, il faut attendre le temps suffisant. Un grand nombre des observations que nous avons recueillies des suites de lobotomies, avaient été publiées comme des succès. L'évolution ultérieure a montré que de telles publications trop précoces ont été suivies de déments. On voit quelle prudence et quel soin il faut apporter dans l'appréciation de telles thérapeutiques, au risque de tromper les médecins et le public. Chez les délinquants, de telles thérapeutiques sont encore plus inconcevables.

M. P. GUIRAUD. — Dans la communication de M. Baruk et ses collaborateurs, il s'agit en somme d'un déséquilibré à réactions anti-sociales qui, après avoir été présenté comme guéri par une topectomie, a récidivé. Il ne serait pas difficile d'apporter un certain nombre d'observations identiques.

Mais à côté de ces cas, où la thérapeutique chirurgicale s'est montrée inefficace et non pas nocive, nous pourrions tous présenter un nombre imposant d'observations de malades transformés, pratiquement guéris, ayant pu reprendre la vie familiale. En contrepois des récides assez rapides, il faut tenir compte encore des grandes améliorations et même des guérisons à longue échéance, huit à dix mois après l'intervention. J'estime qu'il est exagéré de s'opposer par principe à la neuro-chirurgie dite fonctionnelle.

Sans doute, cette thérapeutique n'a pas la prétention d'être radicalement curative, comme l'ablation de l'appendice. Elle supprime certaines fonctions psychiques normales que nous connaissons mal et dont la perte ne paraît pas très gênante pour l'homme moyen, mais en même temps elle supprime souvent certains symptômes psychiques réactionnels extrêmement pénibles, torturant le malade et sa famille et lui rendant la vie sociale impossible : douleurs insupportables, anxiété patente ou déguisée sous forme délirante, phobies et obsessions graves. L'important est de bien préciser les indications par ce que nous savons actuellement et par l'étude future comparative des résultats obtenus. Pour cela, la collaboration du neuro-chirurgien est indispensable, non seulement comme opérateur, mais comme clinicien. Un neuro-chirurgien voit beaucoup plus de cas qu'un psychiatre isolé.

Sans intervenir dans la technique opératoire, je crois que nos connaissances sont encore imprécises pour justifier la topectomie de telle ou telle aire et je préfère la lobotomie, qui me paraît présenter moins d'inconvénients.

Mais je soutiens que cette opération n'est pas une thérapeutique de désespoir et ne doit pas obligatoirement intervenir après échec des autres traitements. Il y a déjà quelques années, j'ai conseillé comme *première théra-*

peutique la lobotomie chez un hébéphrène qui avait, à plusieurs reprises, tenté de tuer sa mère. Après l'opération, le malade a été repris par ses parents et vit encore avec eux. Dans certains délires chroniques pas trop anciens, où l'on ne peut déceler une anxiété masquée sous forme délirante, par exemple une anxiété de préoccupations sexuelles, il est légitime de recourir à la lobotomie. Par contre, l'hébéphrénie à symptômes déficitaires accentués, avec anhormie et athymie, me semble être plutôt aggravée par la lobotomie.

Sur beaucoup de points, cependant, je suis d'accord avec M. Baruk. Il n'est pas mauvais qu'une voix autorisée conseille une prudence à mon sens excessive, surtout quand elle insiste sur la nécessité d'un examen et d'un traitement médical des syndromes psychopathiques. Il est des cas où il faut freiner le désir mal informé des familles ou le zèle de médecins qui veulent faire quelque chose là où vraiment il n'y a plus rien à faire.

Algies consécutives à une vaccination antityphique, traitées par coagulation sous-corticale bilatérale. Atténuation des algies mais apparition de troubles mentaux maniaco-dépresseurs, par MM. H. BARUK, LIFSCHITZ (de Santiago) et ROLAND.

Les troubles nerveux consécutifs à la vaccination par le T.A.B. ne sont pas une rareté et l'un de nous (1) en a rassemblé un certain nombre d'observations. Dans certains cas, il s'agit de troubles généraux névropathiques ou psychopathiques, d'autres fois d'accidents locaux avec signes neurologiques. En fait, les aspects les plus variés peuvent être réalisés. Ces accidents paraissent en rapport avec des phénomènes de choc et, plus que créés de toutes pièces, ils semblent aller dans le sens des prédispositions antérieures du sujet. Dans leur pathogénie, on peut invoquer des facteurs neuro-végétatifs, sympathiques et vaso-moteurs.

L'origine réactionnelle de ces troubles ne paraissait pas devoir indiquer la mise en œuvre de la lobotomie. Nous allons voir que le résultat a confirmé la contre-indication opératoire dans les cas de cet ordre.

OBSERVATION. — Il s'agit de M. P., né en 1922. Il a eu une enfance assez mouvementée et s'est révélé de bonne heure instable et fatigable. Après son certificat d'études primaires, il part travailler à la campagne mais doit rapidement renoncer à ce travail, qui le fatigue trop ; est livreur à Paris pendant trois ans, puis s'engage à 19 ans et reçoit les réglementaires piqûres de T.A.B. « C'est à ce moment — dit-il — qu'a commencé ma maladie de nerfs. » Jusque-là il n'avait présenté que de petits troubles digestifs, et une fois un ictère.

Après la piqûre, il a une forte réaction fébrile avec courbatures et prostration et ressent dans la tête et le tronc des douleurs presque continues

(1) H. BARUK. — De quelques réactions et réactivations nerveuses à la suite de la vaccination antityphique. *Annales médico-psychologiques*, n° 5, décembre 1941.

qu'il décrit ainsi : « C'était à la fois sourd et intense ; ça augmentait dès que je faisais le moindre effort, simplement de m'asseoir, j'avais mal dans la bouche, particulièrement sous la langue et aussi au cœur. Par moment j'avais mal partout, et c'étaient les bras qui me faisaient le moins mal.

Au bout de quelque temps, ses douleurs diminuent un peu, mais une extrême fatigabilité persiste ; dès qu'il a fini son service, il se couche. Cirer ses chaussures ou faire un court trajet en voiture l'épuise. Le moindre souci, tout effort de concentration mentale augmentent ses maux.

Il reste pendant trois ans au Maroc, où il contracte une dysenterie grave, un zona tenace, de fréquentes angines. Rentré en France, et démobilisé, il ne peut travailler et ses troubles l'obligeant à une inaction totale, il est finalement interné à Ville-Evrard en octobre 1948. En février 1949, il subit à Paul-Brousse une intervention, dont le compte rendu indique :

« Ce n'est pas une véritable lobotomie qu'a subie M. P., mais une coagulation sous-corticale bilatérale, limitée à l'émergence des fibres thalamo-frontales, bras antérieur de la capsule interne. »

On lui fait aussi des contrôles électro-encéphalographiques pré et post-opératoires.

I. *Electro-encéphalogramme pré-opératoire* (8-2-1949). — a) Tracé plat, pratiquement dépourvu d'alpha. Présence de rythme rapide et introvolté. Quelques petits accidents pointus sont enregistrés, plus nets après hyperpnée et sur les dérivations postérieures ; b) un nouveau tracé pratiqué quelques jours plus tard, dans un but de contrôle, est exactement superposable au premier.

II. *Electro-encéphalogramme post-opératoire* (24-11-1949). — Tracé plus ample que le tracé pré-opératoire ; alpha de 11 c./s. beaucoup plus net qu'il ne l'avait été. A cet alpha de base, se superposent des petits bradyrythmes de 6 c./s. continus. L'hyperpnée amplifie le tracé et lui confère un caractère pointu qui va s'accroître ; à la 4^e minute, le tracé présente des accidents amples de 5 c./s. en bouffées et des points diffus. Tout ceci cesse avec la fin de l'hyperpnée.

Conclusions. — Altérations assez importantes de type épileptique, généralisées.

Les suites opératoires sont bonnes et, au bout de quelques semaines, le malade se sent mieux, les algies ont presque complètement disparu ; cependant, une extrême asthénie physique persiste, et il commence à prendre quotidiennement du maxiton, sans lequel il ne peut sortir de son lit.

Quatre mois après l'opération, il rentre chez lui mais ne peut se livrer à aucune activité suivie. C'est alors qu'il vient à notre consultation pour la première fois. Il se plaint de ce que ses idées viennent très lentement, qu'il ne peut ni écrire une lettre, ni lire, ni écouter quelqu'un plus de cinq minutes ; cependant, il est assez satisfait de lui, un peu euphorique. Il dit : « Je me sens plus joyeux qu'avant, plus à l'aise. » Il est peu soucieux de son avenir, et semble assez résigné. Son affectivité semble un peu diminuée. Il ne réagit guère à l'idée que sa mère pourrait être gravement malade et ne se préoccupe guère des autres membres de sa famille. Bien qu'il souffre beaucoup moins, il ne peut se passer de prendre du maxiton.

Quand nous le revoyons six mois après, il est très euphorique, expansif et satisfait, et dit : « Le moral est bon, ça bat tous les records... Mais il y a

bien des injustices en France. Il faudrait que je devienne député... Si je suis candidat, je serai élu, il y a de grandes chances... (Il rit)... »

Il nous a apporté un récit écrit de ses troubles, où on note de multiples redites, des coq-à-l'âne, des griffonnages en tout sens. Dans le comportement, on note une boulimie d'apparition récente et de l'insomnie. Il est irritable et s'est brouillé récemment avec sa sœur et son beau-frère, sans raison valable semble-t-il.

Quand nous le revoyons cinq mois après, en avril 1950, le tableau est par contre très différent : semblant exténué par un court trajet en autobus, il se dit très découragé et abattu, se plaint de ce que ce n'est pas une vie d'être malade, qu'il vaudrait mieux être mort. Il dit avoir eu des idées de suicide. Mais il est assez méfiant.

Ses réponses sont lentes ; il répète avant chacune d'elles : « ...Ça demande réflexion... je ne peux rien affirmer... » Il critique les soins qu'il a reçus à l'hôpital où il vient de passer quelque temps, se montre très exigeant et irritable avec sa mère. Il se plaint vaguement, sans toutefois accuser de douleurs vraies. Ce syndrome dépressif était apparu progressivement depuis le début de l'année 1950, et le malade n'a pas changé depuis.

Conclusion. — Ainsi, nous avons vu qu'il s'agit d'un malade ayant présenté, à la suite d'injection de T.A.B., de graves malaises, qui ont laissé après eux des algies très intenses et fréquentes et ont été suivis de modifications du caractère à type dépressif. Une coagulation sous-corticale bilatérale a été pratiquée en 1949, qui a amené une régression presque totale des algies. Quant au syndrome dépressif, il a fait place après l'intervention à un syndrome hypomaniaque caractérisé, qui a duré environ huit mois. Puis sont réapparus peu après des troubles en tous points semblables à ceux que le malade présentait avant l'opération ; les algies sont cependant moins marquées, ou plutôt moins ressenties. Le malade est de nouveau très déprimé. Et surtout la fatigue physique est plus marquée qu'avant l'intervention. De plus, l'électroencéphalogramme montre, comme nous l'avons vu, des altérations de type épileptique, qui n'existaient pas avant l'intervention et qui ne sont évidemment pas rassurantes pour l'avenir.

Ceci nous paraît souligner l'intérêt qu'il y a à suivre les malades durant une longue période, avant de se prononcer sur le résultat des interventions psychochirurgicales. Dans le cas présent, en effet, pendant près d'un an, le résultat aurait pu passer pour favorable. En fait, avec un recul de trois années, nous voyons que le malade est plutôt aggravé, sans préjuger d'éventuelles séquelles épileptiques.

Donc la sortie de l'hôpital, ou une amélioration au bout de quelques mois, qui servent de critères à bon nombre de statistiques psychichirurgicales, nous paraissent insuffisants. Il serait souhaitable que les opérés soient suivis avec le plus grand soin pendant un temps beaucoup plus long, avant que soient annoncés des pourcentages de guérison de nature à donner aux médecins comme aux malades une confiance injustifiée dans les chances de guérison qu'apportent ces méthodes.

DISCUSSION

M. H. HÉCAEN. — Ce malade n'a jamais été considéré par nous comme un résultat heureux ; c'était même un échec thérapeutique total. Il s'agissait moins d'algies dans son cas que d'hypocondrie.

M. H. BARUK. — Je veux bien admettre que ce malade ait été opéré plus en tant que malade mental qu'en tant que malade douloureux, mais, en toute hypothèse, il me paraît, en tant que mental, devenir mental de plus en plus.

Hémorragies méningées prémenstruelles récidivantes. Frottis vaginaux hyperfolliculiniques, par MM. P. LÔO, J. ALLIEZ et J. BRETON.

OBSERVATION. — Mme Ja... Reine, née le 30 juillet 1911. Entrée au service de cure libre le 16 juin 1949.

Antécédents. — Trois enfants bien portants, âgés de 15 à 18 ans. Un enfant mort à 4 ans. Deux fausses-couches spontanées vers le troisième mois, postérieures à ses accouchements.

Normalement réglée ; mais dix jours avant ses règles, elle avait une douleur dans la région annexielle droite.

En février 1949, elle eut brutalement, une heure environ avant le début de ses règles, une hémorragie méningée séreuse, qui guérit sans séquelles en quelques jours.

En mars 1949, nouvel accident identique 24 heures avant le début des règles.

Enfin, le 25 avril 1949, elle fait un accident plus sévère avec participation cérébrale, coma, hémiplegie droite, aphasie. Le coma dure quelques jours et ensuite persistent des troubles confusionnels. Ses règles survenaient cette fois trois jours après.

(La ponction lombaire, pratiquée la première et la deuxième fois, avait montré dans les deux cas la présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien).

Le médecin institue un traitement de stérandryl à forte dose. Il n'y a pas de règles le mois suivant, ni de nouvel accident.

Les règles réapparaissent le 15 juin.

A l'entrée, le 16 juin 1949, la malade est toujours très aphasique, aphasie surtout motrice, la compréhension étant à peu près satisfaisante. Séquelles discrètes d'hémiplegie droite (légère hyperréflexivité tendineuse à droite avec ébauche de clonus du pied et de la rotule du même côté, sans signe de Babinski).

Il existe un léger tremblement de la langue. Les réflexes photomoteurs sont un peu lents. La tension artérielle est à 15-11. Le cœur est normal. On note de nombreuses varicosités faciales. Température normale.

Dans les urines : ni sucre, ni albumine, ni sels biliaires. Présence de phosphates. Le Bordet-Wassermann est négatif dans le sang.

On pratique une ponction lombaire prudente en position couchée (pression, 13 au Claude).

Liquide céphalo-rachidien : Albumine, 0 gr. 62 (Exton). Eléments, 1,1 (absence d'hématies). Réaction de Pandy : faiblement positive. Réaction de Weichbrodt : *idem*. Benjoin colloïdal : 00000.22210.00000.0. Bordet-Wassermann Debains, Bordet-Wassermann Kolmer et Kahn Standard : négatifs.

Traitement : Ionisations calcique transcérébrale, vitamine K, sérum glucosé hypertonique I+V.

En août 1949, amélioration légère. La malade, envoyée à Paris, subit une ventriculographie dans le service du Dr David, et une artériographie qui montrent : « Dilatation ventriculaire avec ramollissement pariétal gauche. »

L'examen du liquide céphalo-rachidien (liquide ventriculaire) montre alors : Eléments, 538 (lymphocytes uniquement). Albumine, 0,15. Bordet-Wassermann négatif. Benjoin colloïdal : 00012.22200.00000.0.

La récupération du langage se fait très lentement. Les règles réapparaissent.

En suivant cette malade, dont l'amélioration fut régulière mais lente (en juin 1951, aphasie très améliorée, réflexe rotulien un peu exagéré, légère maladresse du membre supérieur droit), nous avons cherché à préciser la pathogénie de ces hémorragies, si nettement liées aux règles.

Quatre séries de frottis vaginaux (méthode de Lichwitch) lui ont été faites et ont montré à chaque fois une hyperfolliculinie importante.

Novembre 1950 : Poussée à 85 % de cellules éosinophiles dans la période d'ovulation avec chute un peu lente.

Janvier 1951 : Courbe se maintenant pendant toute la durée du cycle au-dessus de 50 % avec deux petits clochers à 65 et 70 %.

Juin 1951 : Poussée ovulatoire brève à 95 % de cellules éosinophiles.

Décembre 1951 : Poussée ovulatoire prématurée à 85 %.

D'autre part, un facteur vasculo-sanguin, que la clinique permettait de déceler (varicosités faciales très nombreuses, ecchymoses après traumatisme minimes), est confirmé par le laboratoire.

Le temps de coagulation est de 10 minutes (sur lame). Le temps de saignement est allongé : 13 minutes. La formule sanguine montre une certaine anémie.

Numération globulaire. — Hématies : 3.500.000. Leucocytes : 8.000. Examen des hématies : forme, normale ; dimension, *idem* ; coloration, *idem*.

Formule leucocytaire. — Mononucléaires : lymphocytes, 14 ; moyens monocytes, 12 ; grands monocytes, 2 ; monocytes, 3 ; métamyélocytes, 1. Polynucléaires : neutrophiles, 65 ; éosinophiles, 2 ; basophiles, 0.

Eléments anormaux : 1 prolymphocyte. La vitesse de sédimentation est de 1-4 (Westergreen).

La récupération de la parole a été progressive mais lente et a dû faire l'objet d'une rééducation patiente dans le milieu familial.

Actuellement, la malade semble parler normalement. Il n'y a aucune anomalie objective, mais elle se plaint d'une certaine lenteur dans le mécanisme du langage.

Commentaire. — Les hémorragies méningées liées aux règles, qu'elles soient menstruelles ou immédiatement prémenstruelles (comme le cas de L. Rimbaud, H. Serre, A. Vedel et J. Andréani), ou qu'elles soient intermenstruelles (cas de R.-S. Mach et G. Meyrat),

sont de toute façon rapportées à l'hyperfolliculinie par les auteurs modernes.

L'intérêt de notre cas réside peut-être dans le fait que le laboratoire, par l'examen des frottis vaginaux, confirme entièrement cette hypothèse clinique.

Il montre en outre que malgré les nombreux traitements (testostérone, frénantol (1), gonadotrophine chorionique, progestérone), l'hyperfolliculinie n'a guère de tendance à régresser. (Cependant, les frottis effectués avant ou au moment des accidents auraient peut-être montré une anomalie encore plus importante). Enfin ce cas soulève pour nous le problème d'une castration chirurgicale ou radiothérapique, comme y ont eu recours Rimbaud et ses collaborateurs.

Toutefois, la fréquence de l'hyperfolliculinie par rapport à la rareté de tels accidents, laisse penser que d'autres facteurs pathogéniques doivent entrer en jeu. Notre malade présente des anomalies vasculo-sanguines sans doute capitales et traitées régulièrement depuis que nous la suivons (vitamine K, frubiose P. 200, solurutine).

BIBLIOGRAPHIE. — 1. A. AMPHOUX : Les hémorragies méningées cataméniales. *Thèse de Paris*, A. Legrand, 1934. — 2. BARUK, DAVID, RACINE, Mme LEURET : Psychoses folliculiniques et troubles circulatoires (Etudes expérimentales de l'action de la folliculine sur la circulation cérébrale). *La Presse médicale*, n° 24, 12 mars 1940, p. 281-282. — 3. Ch. BERNARD : Hémorragie méningée spontanée contemporaine des règles. Observation rapportée par J. Renault. *Société médicale des hôpitaux*, 24 juillet 1908. — 4. CHÈNE, BERDET : Hémorragies méningées et menstruation. *La Gazette médicale de France*, 15 août 1930, p. 397-400. — 5. R.-S. MACH : Les phénomènes pathologiques intermenstruels et leur traitement par la lutéine (hémorragies méningées). *Revue de la Suisse romande*, 60, 1152-1165, 25 décembre 1940. — 6. R.-S. MACH, G. MEYRAT : Hémorragies méningées récidivantes survenant à la période d'ovulation. *Presse médicale*, 13, 16 mars 1940, p. 292. — 7. RATHERY : Les hémorragies méningées de l'adolescence. *Paris médical*, n° 21, 25 mai 1935, p. 477-486. — 8. RIMBAUD, H. SERRE, A. VEDEL, J. ANDRÉANI : Hémorragie méningée cataméniale. *Montpellier médical*, n° 2, mars-avril 1946, p. 90-92.

Résultats de deux ans de traitement anti-alcoolique au service libre de l'hôpital psychiatrique de Lorquin, par M. G. BOITTELLE, M^{me} Cl. BOITTELLE-LENTULO, MM. L. SINGER et DANY.

Depuis 1949, nous pratiquons dans notre service libre et en service fermé des cures de désintoxication éthylique. Les résultats, comme nous le verrons plus loin, ont été extrêmement variables. Nous avons eu des guérisons, mais, il faut bien le dire, jusqu'à nouvel ordre nous pensons que les guérisons réelles sont rares, et, si nous avons pu apporter aux malades une aide, il est bien certain que le plus grand élément de guérison vient du patient et de sa volonté.

(1) Nous avons essayé le frénantol au moment où on lui attribuait une action frénatrice sur la F.S.H. Il serait considéré aujourd'hui comme légèrement stimulant de celle-ci.

Nos malades nous sont envoyés par leurs médecins traitants. A leur arrivée, ils sont soumis à différentes thérapeutiques, suivant les cas. Chez un patient extrêmement inhibé, présentant un mauvais état général, un peu de fièvre, ou qui nous paraît risquer des accidents de marque, nous pratiquons des injections de curéthyl A, souvent associé à la strychnine. Le patient habituel est soumis au traitement par des doses ascendantes de strychnine, centigramme par centigramme, en surveillant les signes classiques d'intolérance. Il s'y ajoute les extraits hépatiques, la vitamine B et la coramine. Plus le temps passe, plus nous sommes persuadés qu'il est inutile de monter à des doses importantes de strychnine, comme nous le faisons au début, où certains de nos patients eurent jusqu'à treize centigrammes. Des doses moyennes donnent autant de résultat. Généralement, nous atteignons six ou huit centigrammes. Pendant toute cette période, le patient est prié de rester le plus possible au lit. La multiplicité des piqûres, jointe au séjour alité, tend de plus à bien montrer au patient que son affection est sérieuse et nécessite un traitement intensif, compliqué, désagréable. La reprise de l'appétit, du sommeil, la diminution du tremblement, l'augmentation de poids, font qu'après la cure à la strychnine le patient constate les résultats qui l'encouragent à poursuivre. Nous ne forçons personne à suivre la cure de déconditionnement, nous contentant de la leur conseiller, en expliquant en quoi elle consiste.

Nous suivons pour la faire la méthode de Morsier et Feldmann : malade à jeun depuis la veille au soir, auquel on fait boire deux ou trois verres de la boisson alcoolisée dont il a l'habitude, et chez lequel, dès que l'euphorie apparaît, on pratique une injection sous-cutanée de six milligrammes d'apomorphine. Généralement, quelques instants plus tard, le malade vomit. Toutes les deux heures, on recommence l'opération, jour et nuit, en variant le plus possible les sortes de boissons alcoolisées, surtout vers la fin de la cure, lorsque le réflexe de dégoût est bien établi, et que le malade est pris de nausées rien qu'à l'idée de boire un quelconque alcool. Souvent six milligrammes d'apomorphine sont suffisants pour déclencher le vomissement, nous augmentons alors les doses de deux en deux milligrammes, jusqu'à ce que nous arrivions à la dose suffisante pour le vomissement. Lorsque le malade est amené à vomir dès qu'il absorbe le vin, nous diminuons les doses d'apomorphine. Dès le deuxième jour apparaît le dégoût, le troisième jour, nous laissons les bouteilles auprès du malade, leur vue et leur odeur déclenchent déjà les nausées, et souvent nous les retrouvons masquées par une serviette par le malade lui-même, qui demande bientôt à ne plus les voir.

L'expérience des premières cures pratiquées nous amène à ne laisser boire le premier jour au patient que la quantité de boisson strictement nécessaire pour que la nausée provoquée par l'injection d'apomorphine trouve un contenu stomacal suffisant à entraîner le

vomissement. Sans cette précaution, il nous est arrivé de constater des cas d'ivresse, et, pour que la cure entraîne de bons résultats, il est nécessaire que soit gardé un contrôle psychique total. Pour des motifs d'ordre psychothérapique, nous mettons généralement les patients à faire leur cure deux par deux, afin de multiplier les causes de dégoût et de faire que les patients se fassent réciproquement bénéficier de leurs réflexions et s'encouragent l'un l'autre.

Pendant la période de la cure, qui dure souvent quatre jours, la tension artérielle et le cœur sont surveillés de très près. Lorsqu'elle est terminée, le malade est épuisé, amaigri, et nous le soumettons alors à une série de curéthyl B, parfois jointe à des injections de syncortyl, qui remettent en quelques jours nos patients d'aplomb. Généralement, le malade nous quitte huit jours après la fin de la cure de déconditionnement. Nous avons tenté les cures de déconditionnement au moyen de bisulfure de tétra-éthyl-thiurame : prise d'un gramme de produit chaque jour, avec, tous les trois jours, absorption de la boisson alcoolique habituelle. Nous n'avons jamais obtenu de résultats stables par cette méthode. Par contre, l'asthénie est beaucoup plus intense et difficile à faire disparaître. Cependant nous faisons prendre ce produit à nos patients au moment de leur sortie et pendant quelques mois après, sans les astreindre à suivre la cure d'épreuve tous les trois jours. Nous restons après la sortie en contact épistolaire assez régulier avec nos patients, que nous encourageons à revenir se montrer à peu près tous les trois mois. Nous sommes de plus en plus persuadés de la nécessité d'amener les malades à des visites de contrôle, les plus fréquentes possibles. Nous avons déjà fait état ailleurs de nos statistiques, qui ne portent que de septembre 1949 à novembre 1950. Si nous n'avons pas fait entrer dans notre statistique les malades entrés depuis novembre 1950, c'est afin d'avoir le recul suffisant pour juger. Nous avons admis la notion, qui semble classique maintenant, qu'une abstinence qui dure au delà d'un an peut être considérée comme une guérison. Parmi 109 malades traités, 16 seulement sont guéris, tous les autres, ou bien ont rechuté, ou bien n'ont pas donné de réponse à nos lettres, ce qui doit signifier la même chose, ce qui donne 15 % de guérisons. Si l'on compare avec d'autres statistiques, exemple : 50 % de guérisons, signalées par de Morsier, nos résultats sont minimes. Il est vrai que les 50 % de bons résultats cités plus haut furent aussi les nôtres durant les six premiers mois d'ouverture du service de désintoxication.

Nous voudrions terminer par quelques considérations sur le problème des rechutes. Nous avons eu coup sur coup deux exemples de rechute après deux ans d'abstinence, contrôlés par des lettres régulières de la famille du malade, les conditions matérielles de rechute étaient les mêmes : bon milieu familial, vie heureuse, travail régulier. A l'occasion des fêtes de fin d'année, nos malades finissent par accepter de la bière, un verre, persuadés qu'ils vont être malades. Aucun réflexe de dégoût ne se produit ; déception ; nouvel essai,

sans rien éprouver de désagréable, et, quelques jours plus tard, c'est l'absorption massive qui, sur un organisme redevenu vierge d'alcool, est spectaculaire. Ces deux patients sont d'ailleurs revenus presque immédiatement nous trouver, pour nous demander aide et assistance. Si nous citons particulièrement ces deux cas, c'est que chez ces malades le mécanisme psychologique de la rechute nous a démontré la faiblesse foncière de la thérapeutique anti-éthylque, qui est basée sur une sorte de supercherie. En effet, si lorsque notre patient, ayant subi la cure de déconditionnement, sort du service, chez lui le réflexe de dégoût existe au maximum, l'idée même de boire entraîne déjà la nausée. Certains de nos malades ne peuvent même plus rentrer dans un café ou chez un marchand de vin sans se sentir incommodés. Ces réactions vives seront encore plus spectaculaires si notre patient continue de prendre régulièrement les comprimés de bisulfure de tétra-éthyl-thiurame. Le malade est alors persuadé de sa guérison et pense que, chaque fois qu'il boira, se produiront les mêmes réactions. Mais au bout de quelques mois, ou bien le réflexe dû à l'apomorphine s'est émoussé et, si notre malade a pris pendant quelques mois ses comprimés, il arrive un jour où il cesse de le faire, une occasion fortuite se présente alors, et le malade constate avec stupéfaction qu'il peut boire sans désagrément particulier. A ce moment, il est humain que se produise chez lui une réaction de doute : il recommence, il fait les mêmes constatations, le résultat en est la perte de confiance dans le traitement suivi. Généralement, l'arrêt du bisulfure de tétra-éthyl-thiurame (il est conseillé de le prendre pendant trois mois après la cure) coïncide avec un passage particulièrement difficile de la post-cure : c'est en effet vers le sixième ou septième mois que se produisent certains états d'asthénie qui prédisposent aussi à la rechute, en ce sens que si à ce moment crucial le malade boit, non seulement il pourra le faire sans ennui particulier, mais encore il ressentira une amélioration de son asthénie. C'est là raison pour laquelle nous conseillons toujours aux patients de se faire faire, vers le cinquième ou sixième mois après leur sortie, une série de curéthyl B, qui donne d'excellents résultats sur l'asthénie. Nous voyons donc que tout concourt, même chez les patients qui présentent cependant la meilleure bonne volonté, à la rechute.

Nous n'insisterons pas sur les causes classiques de rechute : taudis, entourage familial défectueux, ou absence de milieu familial, comme nous le voyons surtout dans la région industrielle de la Moselle, où les ouvriers vivent en cantine, pêle-mêle, Nord-Africains, Italiens, Polonais, Russes, etc., etc., dans un bariolage de langues, de coutumes, et dans l'absence complète de tout foyer, si embryonnaire soit-il, et nous devons dire que tous nos célibataires ou hommes mariés étrangers, vivant en dehors du milieu familial, ont rechuté. Seuls ont résisté ceux dont le milieu familial était solide et les entourant, et cette considération explique en partie notre statistique assez décevante : la majeure partie de nos patients était dénuée de tout entou-

rage valable, vivant généralement dans des cantines. Les conditions psychologiques de post-cure ont, à notre avis, une importance primordiale. L'idéal serait de prendre en psychothérapie des alcooliques décidés à guérir, afin de leur faire appréhender les motivations plus ou moins inconscientes de leur tendance. Deux éléments font que nous n'avons pu rien tenter de sérieux de ce côté, et consistent en l'inopportunité d'une cure analytique à l'hôpital, d'autre part, le bilinguisme de la région entraine chez la plupart de nos patients des difficultés insurmontables. Nous sommes donc réduits à expliquer au malade que les réflexes d'intolérance à l'alcool que nous créons chez lui ne seront pas éternels, que nous pouvons l'aider à rompre le cercle de l'intoxication, mais, qu'une fois ceci fait, c'est à lui de poursuivre. Nos résultats, tout en étant moyens et tout en ayant déçu nos premiers enthousiasmes, démontrent que si l'alcoolisme, dans l'état actuel de notre arsenal thérapeutique, n'est pas automatiquement ni radicalement guéri, il n'en est pas moins certain que nous arrivons à remettre un certain temps en circulation, pour remplir un rôle social satisfaisant, beaucoup de malades, et que certains, particulièrement différenciés du point de vue mental et éthique, arrivent à guérir. Etant donné la carence des pouvoirs publics, notre rôle est quand même satisfaisant.

Élection de deux membres titulaires

Après lecture d'un rapport de M. DAUMÉZON, au nom d'une commission composée de MM. CHANÈS, GUIRAUD et DAUMÉZON, rapporteur, sont élus *membres titulaires*, MM. les D^{rs} CARON et LÔO, par 15 voix sur 15 votants.

Élection de membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. CHATAGNON, au nom d'une commission composée de MM. BAUDOUIN, VULLIEN et CHATAGNON, rapporteur, sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société, MM. les D^{rs} ANGEL, ancien interne des hôpitaux de Lyon, par 15 voix ; ZAKOROWSKI, médecin des hôpitaux psychiatriques, médecin-assistant à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, par 15 voix, et CHABÉ, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique d'Armentières, par 14 voix, sur 15 votants.

La séance est levée à 18 heures 30.

Le secrétaire des séances,

P.-A. CHATAGNON.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 10 janvier 1952

Présidence : M^{me} SORREL-DÉJERINE, présidente

Nécessité de l'activation cardiazolique pour la détection électro-encéphalographique de certaines tumeurs cérébrales, par MM. J. GUILAUME, G. MAZARS et Y. MAZARS.

L'activation cardiazolique se montre intéressante, d'une part avant ventriculographie ou artériographie pour justifier ces examens et, d'autre part, lorsque ces deux investigations sont restées négatives devant un tableau clinique évocateur. Trois cas dans lesquels, malgré une ventriculographie et une artériographie normales, différentes variétés de tumeurs ont été reconnues par l'activation au cardiazol et opérées.

Les séquelles épileptiques dans les abcès du cerveau traités par ablation ou par aspiration, par MM. J. LE BEAU et J.-B. TAVERNIER.

En comparant leurs résultats personnels avec les statistiques des neurochirurgiens britanniques, les auteurs pensent que l'ablation des abcès du cerveau est beaucoup moins épileptogène que la ponction et l'aspiration.

Le radio-diagnostic précoce des tumeurs du glomus jugularis est-il possible ? par M. C. CHAUSSE.

Quatre cas de tumeur, dont les principaux signes sont : la surdité qu'accompagne une rougeur du tympan, secondaire à un angiome temporal découvert lors d'une intervention et occasionnant d'importantes hémorragies, une atteinte des nerfs du trou déchiré postérieur. L'examen radiologique montre une destruction angiomateuse du rocher et un élargissement considérable du trou déchiré postérieur. La séméiologie neurologique est en retard sur la radiologie. Il s'agit de tumeurs développées aux dépens du corpuscule jugulaire.

Torticolis spasmodique consécutif à une lésion corticale traumatique. Discussion du résultat favorable obtenu après excision de la région corticale (Présentation de malade), par MM. M. DAVID, H. HÉCAEN et J. CONSTANS.

A la suite d'un traumatisme, hémiplegie gauche régressive ; six mois plus tard, torticolis spasmodique. L'examen électro-encéphalographique montre une lésion cicatricielle au niveau de la trépanation. Signes vestibulaires. L'excision de la lésion cicatricielle a entraîné une importante diminution du torticolis. Malade présenté avec un recul de trois mois. Les réactions vestibulaires persistent.

Anévrysme artério-veineux intracranien bilatéral traité chirurgicalement, par MM. J. GUILLAUME, A. DOLFUSS et R. ROGÉ.

Une malade, à la suite d'un traumatisme crânien, a présenté un anévrysme artério-veineux intracranien bilatéral mis en évidence par l'artériographie bilatérale. Cliniquement, elle présentait une importante exophtalmie avec chémosis. La ligature de la carotide interne droite entraîne une diminution de l'exophtalmie, mais le chémosis persiste et ne disparaîtra qu'après résection des veines ophtalmiques dilatées. Les auteurs pensent que l'anévrysme artério-veineux était congénital, le traumatisme n'étant que révélateur.

Thrombophlébite de la veine de Galien : hémorragies des noyaux gris centraux et de l'épiphyse, par MM. R. THUREL, J. PEDRONO et J. GRUNER.

Observation de thrombophlébite cérébrale d'origine otitique, à évolution suraiguë et avec, pour conséquence, des hémorragies périveineuses dans les territoires de drainage des veines thrombosées. Celui de la veine de Galien comprend les noyaux gris centraux et l'épiphyse. Ici, l'hémorragie de l'épiphyse n'est qu'un épiphénomène, mais il est permis d'envisager l'éventualité d'une thrombose isolée des veines efférentes de l'épiphyse.

Deux complications nerveuses particulières de l'intoxication par l'oxyde de carbone : syndrome parkinsonien transitoire avec inertie et mutisme et chorée chronique, par MM. J. DEREUX et J. CATOIR.

Observation de deux cas particuliers : le premier formant transition entre la forme akinéto-hypertonique avec mutisme et la forme parkinsonienne ; le deuxième concernant un cas de chorée chronique. Les auteurs insistent sur la difficulté de classification des atteintes corticales et sous-corticales dues à l'intoxication oxycarbonée et sur la rareté de la chorée chronique dans les séquelles de cette intoxication.

Tumeur intramédullaire de C₂ à D₄ ; guérison depuis 5 ans, par M. R. THUREL.

Présentation d'un malade opéré il y a cinq ans d'une tumeur intramédullaire, s'étendant de C₂ à D₄ associée à une syringomyélie ; il ne persiste aucun trouble en dehors d'une légère atrophie des éminences thénar.

Troubles réflexes douloureux et vaso-moteurs persistants survenus aux deux index après traumatisme localisé à l'un d'eux. Arthrite cervicale concomitante, par M. J.-A. BARRÉ.

Peu après une blessure minime d'un index surviennent des douleurs d'une partie de la main. Plusieurs mois après apparaissent des troubles comparables au niveau de l'index et de la main opposés. L'extension symétrique est rare, car le plus souvent elle est homolatérale. L'auteur pense que cette topographie spéciale peut être expliquée par l'existence d'une arthrite cervicale que faisait prévoir l'abolition des réflexes cubito- et radio-plantaires des deux côtés. A l'intérêt physiologique et clinique s'associe l'indication thérapeutique spéciale visant à traiter l'arthrite et à couper le circuit de l'irritation sympathique. Ce traitement doit être préféré à la recherche d'un névrome de la région traumatisée.

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 26 janvier 1952

Présidence : M. R. LEY, président

La méthode anatomique et la psychiatrie,
par M. R. LEY (Allocution présidentielle).

Rappelant les paroles dédaigneuses d'un de ses prédécesseurs à l'endroit des psychiatres qui regardent des coupes microscopiques, le président convie ses collègues à un bref tour d'horizon destiné à rappeler la valeur de la discipline anatomique, tant en médecine générale que dans nos spécialités.

Après avoir évoqué les débuts de l'anatomie pathologique aux ^{xii}^e et ^{xiv}^e siècles, et avoir rappelé son triomphe à la Renaissance, le Dr Ley parle du rôle immense joué par Morgagni dans l'évolution de la médecine. L'anatomie pathologique permet de s'appuyer sur des faits et non plus sur des théories. L'autopsie est la tâche la plus philosophique de notre profession. Le cadavre est notre grand maître. C'est lui qui nous rend humble et nous apprend à ne pas nous croire infaillibles. L'œuvre de Charcot reste symbolique du rôle de l'anatomie en neurologie. Sans doute, les progrès de la physiologie ont mis en lumière des phénomènes dépassant l'anatomie pure, et on ne pourrait plus, comme le conseillaient les auteurs allemands du siècle dernier, « penser anatomiquement ». Des travaux nombreux, ceux sur les voies optiques par exemple, nous apprennent à considérer le cerveau comme un organe travaillant dans son ensemble.

En psychiatrie, l'étude anatomique reste encore décevante. En dehors

de la paralysie générale et de l'idiotie amaurotique, disait Spielmeier, il n'y a pas d'anatomie pathologique des psychoses. Le tableau s'est enrichi depuis que ces paroles ont été prononcées. Toutefois, le mécanisme psychologique auquel correspond la lésion ne nous est pas encore expliqué. Nous ne possédons pas non plus de critère objectif nous permettant de distinguer le cerveau d'un homme normal de celui d'un dément précoce ou d'un maniaco-dépressif. L'anatomie pathologique des psychoses est encore à faire. C'est pour cela peut-être que, en psychiatrie, on croit souvent avoir modifié des idées alors qu'on n'a changé que des mots. Il est normal que, en ce moment, la psychiatrie devienne de plus en plus psychologique, et la psychologie se teinte de plus en plus de philosophie. L'étude de l'architectonique cérébrale n'a certes pas donné encore tout ce qu'on était en droit d'en attendre, et bien des problèmes de psychologie restent à résoudre. L'anatomie du cortex, jointe à la physiologie, à la biochimie, à la biophysique, donne encore beaucoup d'espoir, mais toute méthode qui voudra ignorer l'anatomie pathologique est vouée à l'échec. De toute façon, rappelons-nous les erreurs de nos devanciers et évitons les conclusions hâtives ou simplistes. Et n'oublions jamais l'enrichissement spirituel que nous apporte l'anatomie. Elle ne conduit pas au matérialisme. Ne nous empêchant pas de nous rappeler que l'homme est à la fois matière et esprit, elle nous aide à réaliser ce qui est notre constant souci : celui de connaître le malade confié à nos soins et faire redevenir lui-même un malade mental. Sauver le malade, ce n'est pas l'empêcher de mourir, c'est refaire de lui un être sain, au point de vue physique et mental. Parmi les spécialités médicales, cela restera l'honneur de la psychiatrie de ne voir jamais dans les malades que des malheureux et non des « assujettis » numérotés à qui l'on applique des traitements standardisés, de préférence brefs et rémunérateurs. Le dévouement que notre spécialité implique procure la satisfaction intime de se consacrer à une tâche noble et élevée qui force l'admiration et le respect de tous ceux qui peuvent en apprécier la grandeur.

Le traitement par électrochoc avec association de coramine ;

Projection d'un film réalisé en Amérique.

Casuistique psychopathologique dans la pratique de la médecine interne,
par M. J. DAGNÉLIE.

Relation du cas d'une femme de 21 ans ayant eu une atteinte de dépression en 1945, et qui, en 1951, éprouva une sensation de faiblesse physique et mentale, avec troubles du sommeil, cauchemars, au cours desquels, notamment, elle voyait son mari blessé mortellement. Négligence et perte de coquetterie. L'origine de cette poussée de psychonévrose à caractère parfois un peu mélancolique doit être cherchée dans l'impression qu'a faite sur la malade, en dehors de sa conscience, un jeune homme doué de qualités propres à frapper l'imagination sentimentale. Un incident montra à l'auteur que le même jeune homme avait fait, dans des circonstances assez inattendues, une autre « victime ».

J. LEY.

Société belge de neurologie

Séance du 26 janvier 1952

Présidence : M. J. DAGNELIE, président

Contribution expérimentale à l'étude pathogénique de la catatonie humaine, par M. P. GUILMOT.

Dans cette communication préliminaire, l'auteur fait part des résultats de ses expériences sur l'injection au chat de bile de malades cataleptiques. Il s'agissait de femmes schizophrènes avérées. De la bile de sujets normaux ou cyclothymiques était injectée aux animaux-témoins. On observe dans le premier cas, et chez certains animaux seulement, des attitudes anormales avec conservation de certaines positions. L'hypothèse d'une toxine cataleptisante, due à un trouble du métabolisme hépatique, est à vérifier.

Étude électrophysiologique d'un cas d'anévrysme de la cérébrale antérieure. Retentissement cyclique sur le sommeil et sur le rythme cardiaque, par MM. M. A. GEREBTZOFF et S. THIRY.

Les auteurs décrivent un cas d'anévrysme de l'artère cérébrale antérieure gauche, dont la rupture s'était faite dans la cavité du septum lucidum et qui avait entraîné de l'hypertension intracrânienne. Cet anévrysme exerçait une action cyclique sur le rythme cardiaque et sur les états de sommeil et de veille. La compression par l'anévrysme des centres hypothalamiques hypnique et cardio-inhibiteur produisait le sommeil et un ralentissement marqué du cœur, qui passait à un rythme nodal. La bradycardie s'accompagnait d'une chute de la pression artérielle ; l'anévrysme s'affaissait et la compression cessait. Cet arrêt de la compression déterminait le réveil du malade, l'accélération du cœur, l'augmentation de la pression artérielle, la dilatation de l'anévrysme et la reprise du cycle. Chaque cycle durait 30 à 40 secondes. Ce cas clinique réalise, grâce à un concours heureux de circonstances, une expérience physiologique confirmant chez l'homme la localisation de certains centres hypothalamiques et montrant l'influence de leur activité sur l'électro-encéphalogramme et sur l'électro-cardiogramme.

Encéphalopathie de Wernicke, par MM. J. DAGNELIE et R.-L. DURET.

Relation du cas d'un alcoolique de 38 ans, qui fut pris brusquement de malaises avec vomissements et vertiges, désorientation, confusion, passivité anormale, troubles du sommeil. On observa ensuite une ophtalmoplégie externe gauche et une parésie de la jambe gauche avec hypoesthésie, abo-

lition du réflexe achilléen, démarche cérébelleuse, tachycardie. La guérison fut obtenue assez rapidement par un traitement vitaminique intensif (vitamines B1, PP et complexe BC).

Cette affection rare n'est pas une encéphalite au sens ordinaire du terme. C'est une encéphalopathie dont la cause principale est l'intoxication alcoolique, mais qui agit principalement en provoquant une carence de plusieurs vitamines. Le pronostic jadis très sombre est moins mauvais depuis que les traitements vitaminiques sont devenus courants.

Les auteurs rappellent l'anatomie pathologique de cette polio-encéphalite hémorragique, à siège souvent mésentencéphalique.

J. LEY.

Groupement belge d'études oto-neuro-ophtalmologiques et neuro-chirurgicales

Séance du 23 février 1952

Présidence : M. J. DAGNELIE, président

A propos de la paralysie faciale « a frigore », par M. GODIN.

Comme le coryza spasmodique « a frigore », la paralysie faciale est une maladie neuro-vasculaire, qui s'accompagne d'algies vasculaires par vaso-constriction, et qui s'explique par la notion des segments vasculaires agissant comme unités fonctionnelles. Le froid détermine, sur une des branches de la carotide externe, une vaso-constriction qui s'étend aux autres branches épieraniennes, et qui détermine, dans un premier stade, l'ischémie du nerf facial.

Dans un second stade, l'anoxie capillaire est suivie d'œdème et de compression du nerf. La perte de conduction entraîne un blocage circulatoire, qui persiste malgré la disparition de la vaso-constriction. Pour lever la vaso-constriction, l'auteur pratique des infiltrations autour des artères faciale, temporale et mastoïdienne.

Dans les cas récents, la récupération fonctionnelle est relativement rapide. Elle débute par le facial supérieur après quelques jours. Sur 12 cas traités de cette manière, 2 échecs seulement ont été enregistrés.

L'auteur interprète ses résultats à la lumière d'une étude précise de l'irrigation du nerf facial. Le fait que les différentes portions du nerf dépendent de régimes circulatoires différents, explique que les infiltrations péri-artérielles sont préférables à l'infiltration stellaire.

Éléments de séméiologie de l'artériographie de la carotide en cas de tumeur cérébrale, par MM. L. APPEL, A. PIRAUX et L. ECTORS.

Les auteurs ont pratiqué systématiquement l'artériographie dans leurs cas de tumeurs cérébrales. Ils utilisent la méthode d'injection percutanée. La dénudation de l'artère carotide n'est pour ainsi dire jamais nécessaire.

Les résultats se montrent très précis dans les cas de tumeurs frontales et temporales, un peu moins nets dans les tumeurs rolandiques, peu précis dans les tumeurs pariétales, variables dans les tumeurs occipitales, nuls dans les tumeurs du IV^e ventricule. Ils se sont montrés précis également dans les cas de tumeurs capsulaires.

L'intérêt de cette méthode est triple : *a*) elle est moins traumatisante que la ventriculographie ; *b*) elle fournit une localisation plus précise ; *c*) elle donne sur la vascularisation de la région péri-tumorale des notions utiles pour l'hémostase.

Les auteurs démontrent, par la projection de très nombreux clichés radiographiques et de schémas opératoires, les signes sémiologiques principaux de l'artériographie, dans l'étude de la direction et de la forme des déplacements observés.

**Angiographie carotidienne et tumeurs cérébrales,
par MM. G. HOFFMAN, A. DE HAENE, et R. MATTHYS.**

Les auteurs démontrent les avantages de la technique dite de la série de clichés escamotés, qui permet de négliger les petits signes artériels douteux. La comparaison des quatre ou cinq clichés de la série permet une localisation précise dans de nombreux cas. Ils insistent sur certains points techniques, notamment en ce qui concerne les incidents possibles.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Les groupes d'enfants et d'adolescents, par René FAU (1 vol., 140 pages, in collection « Paideia », Presses universitaires de France, Paris, 1952).

La notion de groupe a tendance à prendre de plus en plus d'importance en psychologie sociale en général et en psychopathologie en particulier. La prophylaxie des maladies mentales et la thérapeutique psychiatrique en retirent d'utiles indications. C'est à l'étude des groupes d'enfants et d'adolescents qu'est consacré ce petit livre de la collection publiée sous la direction du professeur G. Heuyer, et dans lequel M. René Fau résume et classe les notions récemment acquises.

Du groupe d'enfants et d'adolescents, il expose tout d'abord l'aspect psychologique proprement dit, en rappelant ce que l'étude psychologique de l'enfance doit au professeur Henri Wallon et à ses élèves. Il envisage sa formation, ses causes, ses modalités, son évolution, son dynamisme. Après avoir distingué les différents types cliniques (groupes artificiels, groupes spontanés et groupes intermédiaires motivés ou volontaires), l'auteur les étudie à l'âge pré-scolaire, à l'âge scolaire et à l'adolescence, mettant en lumière les problèmes d'adaptation, les éléments d'individualisation et les éléments d'unification (maître de la classe, âge et stade de développement, activité commune). Il montre comment, chez l'adolescent antérieurement adapté, l'enfance, le groupe infantile, peut se prolonger et les conséquences qui peuvent en découler. Il consacre un important chapitre de cette partie clinique du livre à la non-adaptation de l'adolescent et aux difficultés de cette adaptation, à l'adaptation aussi de l'adolescent au groupe pathologique, à la délinquance, au « gang ». La première partie se termine par des considérations sur l'apparition et sur le rôle aux différents âges du chef et de l'« outsider ». M. René Fau, observant que si l'inadaptabilité de l'« outsider » est gênante, génératrice d'anxiété et de troubles, souvent anti-sociale, elle est en même temps créatrice, alors que, réduite au groupe, l'humanité risquerait de régresser.

De ces exposés résultent des conséquences pratiques, médicales, pédagogiques et sociales, et ce sera l'objet de la seconde partie de ce livre, dans laquelle l'auteur envisage l'utilisation du groupe en vue de la formation

de la personnalité de l'enfant normal et du redressement des tendances pathologiques. Si le groupe n'est, avec l'hérédité, que l'un des éléments de l'évolution de l'enfant et de l'adolescent, cela ne diminue en rien son importance en neuro-psychiatrie infantile. M. René Fau, après avoir passé en revue les symptômes qui peuvent naître du groupe ou être révélés par lui tant à l'âge scolaire qu'à l'adolescence, esquisse le rôle que pourrait jouer le groupe scolaire pour l'évolution normale de l'enfant.

Mais, surtout, l'activité de groupe est à la base de toute rééducation. Trois tendances essentielles, l'acceptabilité, l'agressivité, l'adaptation sont à l'origine de la psychothérapie de groupe, qui visera à la dérivation de l'agressivité et à la socialisation. Dans les cas de débilité mentale, les groupes rééducatifs seront, selon l'âge de l'enfant, selon aussi son milieu social et en particulier familial : les classes de perfectionnement et les sections professionnelles qui les prolongent, ou, si le milieu familial n'est pas favorable, les internats de rééducation pour débiles. Les troubles de la conduite et du comportement, inadaptation aux groupes scolaires et sociaux normaux, auront comme nécessité et comme témoignage de réussite l'essai d'adaptation à un groupe normal. Des groupes thérapeutiques libres (groupes rééducatifs scolaires, para-scolaires, groupes thérapeutiques proprement dits) pourront y parvenir si le milieu familial est favorable. Sinon s'imposera encore la nécessité de l'internat rééducatif, que ce soit à l'âge scolaire ou à l'adolescence : centre rééducatif d'internat pour délinquants, ou groupes de semi-internat, homes ou foyers de semi-liberté, ces derniers pouvant servir de transition entre l'internat rééducatif et la vie dans la société. Tous ces groupes sont rapidement passés en revue avec leurs indications et leurs modalités.

Dans un dernier chapitre, traitant du groupe pour enfants ou adolescents abandonnés, M. René Fau conclut que « la société n'est pas un groupe mais un cadre. Le groupe ne peut prétendre à remplacer ni la famille, ni la société. Il reste l'appui indispensable à l'enfant et à l'adolescent dans la lente et difficile évolution qui les conduit, après l'amputation de la cellule familiale, à l'acquisition de l'indépendance affective et de l'autonomie morale ». Il est sans doute inutile de souligner l'intérêt et l'opportunité de ce petit livre.

René CHARPENTIER.

Théorie et pratique de la narcoanalyse. (Teoria y practica del narcoanalisis), par José BLEGER (1 vol., 244 pages, éditorial « El Ateneo », Buenos-Aires, 1952).

Dans sa préface, le professeur Fracassi montre l'intérêt de la narcoanalyse et présente le plan de l'ouvrage. Après une étude des sédatifs dans leurs rapports avec la psychothérapie, montrant les résultats obtenus par l'association des deux thérapeutiques, donnant d'utiles indications pharmacologiques, l'auteur entreprend la description de la narcoanalyse proprement dite. Un historique détaillé indique que les sources de la méthode sont à rechercher dans l'observation des modifications psychiques produites par diverses substances et dans la connaissance des phénomènes d'hypnose. Le terme de narcoanalyse étant défini, ceux de narcohypnose et de narco-synthèse, ainsi que d'autres dénominations récentes, sont discutés. Les barbituriques utilisés sont envisagés, surtout au point de vue pharmacologique. Une étude détaillée est faite de la technique, l'auteur se montrant opposé

à l'injection rapide, parfois dangereuse. Les méthodes spéciales (narco-hypnose, technique de Horsley, narcosynthèse, procédés divers, en particulier associés) sont décrites. Le problème des contre-indications et des complications est envisagé avec précision. Un long chapitre est ensuite consacré à la phénoménologie de la narcoanalyse : différentes phases obtenues par le pentothal : phase d'induction de grande importance pour l'établissement du transfert, état crépusculaire avec libération des tensions émotives et affleurement du matériel réprimé, enfin le réveil. Les applications cliniques sont décrites, à la fois par rappel des données de la littérature et à l'aide d'observations personnelles. La narcoanalyse dans les névroses peut agir par suggestion, persuasion, abréaction, ou en facilitant les associations libres. Les résultats sont, dans l'ensemble, favorables. Il en est de même dans l'impuissance. Sont ensuite envisagés le narcodiagnostic (en neurologie, en électro-encéphalographie, en psychiatrie surtout), et la narcothérapie. Décrivant les théories de la narcoanalyse, l'auteur rappelle d'abord les conceptions réflexologiques, puis montre les modifications des symptômes névrotiques, les phénomènes végétatifs et centraux, les modifications neurologiques et cliniques, liés au traitement. Au point de vue pathogénique, on peut distinguer les effets de choc, les variations dans la régulation cortico-hypothalamique, la fonction réparatrice du sommeil et la relaxation musculaire. Enfin, un chapitre est consacré à l'emploi de la narcoanalyse en médecine légale. Rappelant les récentes discussions à ce sujet, l'auteur se montre, en principe, hostile à l'utilisation de la méthode. Une très importante bibliographie (518 références) termine l'ouvrage.

V.-J. DURAND.

7^e Cahier de psychiatrie, publié sous la direction du professeur E. GELMA (de Strasbourg). (1 brochure in-8°, 96 pages, Librairie de la Mésange, Strasbourg, 1952).

Ce septième cahier de la Clinique psychiatrique de l'Université de Strasbourg contient, basé sur deux observations, un mémoire de MM. E. Gelma et Léonard Singer sur la *valeur explicative pour l'hallucination auditive de la concomitance* d'un point de départ otique ou d'une lésion centrale acoustique. Concomitance qui ne permet pas au clinicien de « considérer les bruits parasites de l'oreille ou les altérations d'aires corticales acoustiques chez l'halluciné autrement que comme des points d'insertion à la pensée morbide et au processus hallucinatoire qui ne fait qu'un avec elle ».

Le professeur François Thiébaud, de Strasbourg, apporte ensuite deux exemples de manifestations psychiques d'origine méso-diencephalique, intéressantes observations de syndrome pédonculaire à manifestations neurologiques et psychiques chez un jeune homme de 17 ans et chez un homme de 65 ans.

A l'occasion de l'examen d'un jumeau de 11 ans, présentant un état d'agitation et des crises d'épilepsie, MM. L. Singer et A. Batzenschlager étudient les rapports de l'épilepsie et de la *gémellité*. Dans ce travail sur des jumeaux monozygotes, les auteurs notent les concordances et les discordances chez les deux frères. Si l'un d'eux présente des crises épileptiques nettes avec tracé électro-encéphalographique typique, l'autre, qui n'a jamais eu de convulsions, présente cependant le tracé électro-encéphalographique de comitialité latente.

Ayant traité par lobotomie douze épileptiques, *M. G. Boittelle* et *Mme Claudine Boittelle-Lentulo* apportent leurs *résultats cliniques de la lobotomie préfrontale chez les épileptiques* avec troubles du caractère et crises convulsives, résultats permettant la sortie et une vie normale à l'extérieur de l'établissement. De ces résultats (8 résultats favorables, 2 insuccès, 1 aggravation, 1 décès par affection intercurrente), les auteurs concluent que « l'épilepsie avec troubles du caractère doit prendre place à côté des états d'anxiété de la psychose obsessionnelle grave et de la schizophrénie dans l'indication des interventions psycho-chirurgicales ».

L'équivoque de la médecine psycho-somatique est l'objet d'une intéressante discussion du professeur *A. Hesnard* qui, soulignant l'ancienneté en France de « l'idée psycho-somatique » et son importance en pathologie, s'attache à la définir et à en tracer les limites. Maladie banale, maladie comme les autres, et non névrose, la maladie psycho-somatique, dont l'auteur rappelle des exemples, « la maladie psycho-somatique est le signal d'alarme d'une défaite morale de la personne humaine contre toute maladie ».

A propos de l'observation, chez une jeune fille de 22 ans, d'un *complexe névrotique de culpabilité ayant pris le masque de l'hyperthyroïdie*, *M. M. Schachter*, de Marseille, étudie (d'après vingt autres observations personnelles) et donne, sous forme de tableau, les résultats du *psychodiagnostic de Rorschach* dans les *syndromes endocriniens*.

Mme le Dr Juliette Boutonier, professeur à la Faculté des lettres de Strasbourg, dans un article intitulé *Abandon et névrose*, rappelant les travaux récents, étudie la psychologie de l'enfant abandonné, les réactions d'abandon et leurs deux types (les uns justifiées par les faits, les autres en rapport avec le caractère). C'est à propos de ces sujets possédant un caractère particulier que se pose le problème de la névrose d'abandon, névrose se distinguant, chez l'« abandonnique », des « autres névroses connues dans la clinique psychanalytique en ce qu'elle est une perturbations du moi, perturbation dans laquelle le ça ne joue qu'un rôle secondaire et le surmoi n'existe pas ». Il s'agit d'une « névrose pré-œdipienne », dont les symptômes consistent avant tout dans une « avidité affective ». Cela, quels que soient les divers types d'abandonniques.

De retour d'un voyage collectif d'études médicales en U.R.S.S., le professeur *G. Heuyer*, de Paris, expose, dans un premier article qui sera complété ultérieurement, ce que sont l'*organisation et l'enseignement de la médecine en U.R.S.S.*, de la psychiatrie en particulier : centres médicaux ambulatoires de diagnostic et de traitement sans hospitalisation et centres d'hospitalisation, centres de recherches scientifiques, établissements médicaux spécialisés, clientèle privée, inspection sanitaire et prophylaxie des maladies, durée des études médicales (6 ans), cours de perfectionnement obligatoires, formation des spécialistes, questions à l'ordre du jour des recherches, organisation des études dans les Instituts médicaux, les hôpitaux, les Facultés et les Ecoles supérieures médicales, etc...

Ce 7^e cahier se termine par des pages consacrées à la psychiatrie de l'histoire, dans lesquelles le professeur *E. Gelma* étudie un *raptus homicide sur deux petits garçons inconnus du meurtrier : l'affaire Papavoine*, raptus d'un schizophrène, crime commis en 1824 qui eut un grand retentissement et que les circonstances firent un moment soupçonner à tort d'être un attentat contre les Bourbons.

René CHARPENTIER.

La raison. Cahiers de psychopathologie scientifique, n° 3, publiés par le professeur Henri WALLON et le Dr LOUIS LE GUILLANT (1 brochure, 128 pages, Imprimerie Richard, Paris, 1951).

Ce troisième cahier contient dans un éditorial la déclaration déjà parue dans plusieurs journaux médicaux des douze médecins français de retour d'un voyage d'information entrepris en U.R.S.S., sur l'invitation de l'Association de l'U.R.S.S. pour les relations culturelles.

En conclusion d'un *bilan de la génétique vis-à-vis des problèmes de la stérilisation*, MM. H. Duchêne et P. Schutzenberger, signalant les objections et les réserves fondamentales soulevées par les principes initiaux de la génétique, s'élèvent non seulement contre les pratiques de l'Allemagne hitlérienne, allant de la stérilisation à l'extermination de larges catégories de la population, mais aussi contre les mesures de stérilisation adoptées et actuellement en vigueur dans de nombreux pays. Cet article est suivi de documents sur la stérilisation (lettres, témoignages, statistiques, citations de travaux divers).

Rappelant les tendances de la schizophrénie « à absorber tout le champ de la psychiatrie », M. Henri Ey, recherchant comment se sont constituées les limites de la notion de schizophrénie, conclut que « le syndrome schizophrénique peut très probablement manifester sur le plan clinique n'importe quel processus somatique, nerveux, humoral, dysmétabolique, tout comme un état confusionnel, un délire, une démence, peuvent être symptomatiques de l'involution sénile, d'une encéphalite épidémique, d'une affection endocrinienne, etc. ».

Viennent ensuite : un article de M. Pierre Fougereyrolas, intitulé *Prestiges et méfaits de la sociatrie* de M. Jacob L. Moreno ; un article de M. Victor Lafitte sur les principes, le mécanisme, la technique, les résultats et les perspectives de la *thérapeutique par le sommeil*, « déduite des conceptions pavloviennes de l'activité nerveuse supérieure » ; la traduction d'un article de Lloyd L. Brown, paru dans une revue américaine, sur la *psychanalyse contre le peuple noir* ; divers documents et informations, parmi lesquels l'exposé de M. G. Daumézon aux Assises nationales de la santé (mai 1951) sur la *prophylaxie mentale*, une discussion à propos des *maladies mentales professionnelles*, et l'annonce d'une enquête sur la psycho-chirurgie, à paraître dans un prochain cahier.

René CHARPENTIER.

NEUROLOGIE

Pratique neurologique, par M. RISER, professeur de clinique neurologique à la Faculté de médecine de Toulouse (2 volumes 18 × 25, 1.428 pages, avec 374 figures, Masson et C^{ie} édit., Paris, 1952).

Dans cet ouvrage, conçu sur un plan essentiellement pratique, le professeur M. Riser et ses collaborateurs ont tracé aux étudiants et aux praticiens le chemin à suivre pour la poursuite méthodique du diagnostic neurologique. Mais si ces deux volumes sont consacrés à la séméiologie, au diagnostic positif, différentiel et étiologique, ils ont pour souci constant, par des rappels anatomo-physiologiques clairs et résumés, de faire compren-

dre au lecteur les raisons et le mécanisme des symptômes. Mise au point des acquisitions récentes et des données antérieures, l'ouvrage se présente donc comme un guide précieux. Les signes essentiels y sont mis en valeur, décrits dans leur évolution et leur variabilité, encadrés par les autres éléments du tableau clinique, sans que la précision des descriptions masque la complexité des problèmes posés tout en aidant à les résoudre.

Livre d'expérience clinique, dans lequel une place légitime est accordée aux méthodes et à la conduite de l'examen du malade, mais où sont volontairement laissés dans l'ombre des faits exceptionnels, des techniques non encore éprouvées, des symptômes de valeur douteuse qui pourraient sans grand profit, augmentant les incertitudes de lecteurs moins expérimentés, orienter le diagnostic sur des voies incertaines.

Le souci de clarté de l'auteur et son désir de faciliter la tâche du lecteur se manifeste dans des tables récapitulatives synoptiques, par l'établissement d'un index alphabétique des matières très détaillé et dans les très nombreuses figures et schémas facilitant autant la pratique des manœuvres et des recherches au cours de l'examen que la compréhension des signes et des lésions.

Dans le premier volume sont rassemblées les notions utiles à l'examen, au diagnostic et au traitement des diverses paralysies, des troubles respiratoires, phonatoires, et de la déglutition, du tonus musculaire et de ses troubles, des mouvements spontanés anormaux, de l'épilepsie et des phénomènes convulsifs équivalents.

Après quelques pages consacrées à la connaissance, à l'acquisition et au développement des notions élémentaires, et à la conscience, les chapitres suivants sont consacrés aux troubles objectifs de la sensibilité, aux troubles de l'odorat, du goût, de la vue, aux surdités, aux troubles de la reconnaissance et du geste, agnosies et apraxies, aux troubles de la mémoire, de la parole, aux troubles de la conscience et à la confusion mentale, aux troubles du sommeil.

On trouvera dans le deuxième volume l'étude des comas et des obnubilations, des états démentiels, des algies, des vertiges et du nystagmus, des troubles des réflexes, des troubles de la coordination et de l'équilibre. La physiopathologie végétative générale, et les troubles végétatifs dans les affections organiques du système nerveux sont l'objet d'un important chapitre. Sont ensuite étudiés les troubles digestifs d'origine nerveuse, les troubles cardio-vasculaires d'origine nerveuse, les troubles génito-sphinctériens, la pupille et l'iris, les maladies psycho-somatiques (troubles fonctionnels, cénesthopathies, hystérie et pithiatisme, asthénies et myasthénies), les troubles du développement et de la morphologie, les compressions cérébrales et les troubles de la tension crânienne. L'ouvrage se termine par l'exposé des examens humoraux si importants en pratique neurologique.

Cette sèche énumération, destinée à souligner l'esprit dans lequel cet ouvrage a été conçu, montre assez que le souci de l'auteur de faciliter l'accès du diagnostic et la connaissance de la séméiologie la plus nécessaire, la plus utile, n'a cependant pas laissé dans l'ombre l'exposé et la discussion des grands problèmes de la neurologie et de la neuro-psychiatrie. Aussi ces deux volumes, remarquablement édités et illustrés, sont-ils appelés à prendre place dans toute bibliothèque neurologique ou psychiatrique.

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

L'année psychologique. Cinquante et unième année (1949), publiée par Henri PIÉRON, Albert FESSARD et Paul FRAISSE (1 vol., in-8°, 592 pages, Presses universitaires de France, Paris, 1951).

Comme les volumes précédents, celui de la 51^e année contient des mémoires originaux, des notes, des revues critiques et des analyses bibliographiques: Le premier des mémoires est consacré, par MM. Yves Galifret et Henri Piéron, à l'étude de la *vitesse de réaction* et de l'*intensité de sensation*, à l'exposé et à la discussion de données expérimentales sur le problème d'une courbe sigmoïde des vitesses.

Figurent ensuite d'autres mémoires, primitivement destinés au beau volume jubilaire de *L'Année psychologique*, offert en hommage au professeur Piéron, et qui n'ont pu y prendre place. Citons ceux de M. George-D. Stoddard (d'Iowa), intitulé *Croissance et mesure de l'intelligence*; de M. David Wechsler (de New-York) sur *la relation entre les aptitudes et l'intelligence*; de Mme C. Nony (de Paris), intitulé *Délinquance et infériorité de l'intelligence* et destiné à servir de guide pour établir un examen correctement planifié de l'intelligence des détenus en évitant certaines difficultés méthodologiques; de M. Louis S. Copelman (de Bucarest) sur *l'utilité du phénomène psycho-galvanique*, sa signification en psychologie et les perturbations du réflexe psycho-galvanique chez les basedowiens.

D'autres mémoires ont déjà été présentés à la *Société française de psychologie*, parmi lesquels celui de M. Henri Gastaut (de Marseille), sur *l'activité électrique cérébrale en relation avec les grands problèmes psychologiques*, intéressante étude électrographique de quelques faits de connaissance et de quelques faits d'affectivité; un important travail aussi de M. Pierre Oléron, intitulé *Pensée conceptuelle et langage*, relatant ses expériences sur *les performances comparées de sourds-muets et d'entendants dans des épreuves de classement multiple* et montrant, par les difficultés que rencontrent les sourds-muets dans l'exercice de la pensée conceptuelle, le rôle que joue le langage dans son développement et sa mise en œuvre, rôle que des recherches nouvelles pourront préciser et expliquer.

Citons encore les *études électro-encéphalographiques du problème des réflexes conditionnés*, quatrième mémoire de l'auteur, dans lequel est relatée la suite des expériences de M. N. A. Popov au laboratoire de physiologie des sensations du Collège de France.

Viennent ensuite les notes de M. P. Buser sur *quelques problèmes posés à propos de l'interprétation de l'activité électrique du cortex cérébral*, et de M. M. Réuchlin sur *l'observation du comportement d'un groupe de filles dans deux tests individuels*, cette dernière complétant une contribution aux méthodes d'observation du comportement parues dans le 49^e volume de *L'Année psychologique*.

Parmi les revues critiques, citons celle du professeur Henri Piéron sur *les relations des réceptions visuelles et labyrinthiques dans les réactions spatiales*; de M. J. Segal sur *la vision des couleurs*; de M. Ernest Baumgardt sur *les réponses électriques de la rétine humaine*; de M. J. Le Magnen

sur les travaux récents de *psycho-physiologie et physiologie de l'olfaction et de la gustation* ; de Mad. Madeleine Jampolsk sur les *théories de l'apprentissage* ; de M. Paul Fraissé sur l'*influence des attitudes et de la personnalité sur la perception* ; de M. Vincent Bloch sur les *travaux récents sur le réflexe psycho-galvanique* ; de M. F. Bresson sur l'*étude de la pensée et des processus conceptuels* ; et de M. M. Reuchlin sur les *liaisons entre variables biométriques et variables socio-économiques*, car le psychologue clinicien ne peut se désintéresser des influences socio-économiques et il semble bien que l'on s'éloigne de plus en plus d'une psychologie de l'homme en général pour être amené à une psychologie de l'homme inclus dans un groupe social.

A ce riche ensemble de travaux s'ajoutent, comme dans les précédents volumes, de très nombreuses *analyses bibliographiques* de livres et de périodiques de neurophysiologie et de psychophysiologie, de psychologie animale, de psychologie des sensations, de psychologie générale, de psychologie génétique et pédagogique, de psychologie appliquée, de psychologie clinique, de psychologie pathologique et de psychanalyse. Après la *chronique* habituelle dans laquelle le professeur Henri Piéron relate les événements importants de l'année intéressant la psychologie, figurent pour la première fois dans cette collection les *Actes de la Société française de psychologie* de novembre 1950 à mars 1951.

Particulièrement importante fut la séance du 3 mars 1951, consacrée à la célébration du *Cinquantième de la Société de psychologie*, dont le beau discours du professeur Henri Piéron rappelle l'histoire, l'orientation, les buts, confrontant ses souvenirs de jeune débutant avec ses impressions actuelles. Evoquant les figures de Janet, de Binet, de Toulouse, et les promesses que donnait au début de ce siècle la psychologie française, M. Henri Piéron fait le point des résultats obtenus et constate le développement actuel de toutes les branches de la psychologie, en particulier de la psychologie expérimentale, de la psychologie sociale, de la psychotechnique. Rappelant les services rendus à la psychologie française par le Collège de France, les Instituts d'Université, les laboratoires de l'Ecole pratique des Hautes Etudes et par « les Services de psychiatrie des asiles », il se félicite de la création d'une licence de psychologie et ajoute : « La Faculté de médecine reconnaîtra peut-être qu'à notre époque, où l'unité fondamentale des organismes, dans leurs troubles comme dans leur vie normale, est reconnue par la médecine psychosomatique, il n'est plus admissible que les futurs praticiens français passent toutes leurs années d'études sans qu'il leur soit jamais parlé de psychologie. » Les faits, et la présence dès la création de la Société française de psychologie de nombreux médecins dans son sein, ne démontrent-ils pas que beaucoup de médecins, au cours de leurs études, ont ressenti ce besoin ? De même qu'il serait superflu de rappeler les noms des psychologues qui, depuis Lasègue, sont venus à la médecine ou ont ressenti le besoin d'études médicales. Qui pourrait oublier que le grand chirurgien que fut Lasègue, avant d'être médecin des hôpitaux et de l'Infirmierie spéciale de la préfecture de police, professeur à la Faculté de médecine, avait, au lycée Louis-le-Grand, en 1838, enseigné la philosophie ? Médecine et psychologie se doivent un mutuel appui.

René CHARPENTIER.

Le mysticisme, par Emmanuel AEGERTER (1 vol. 252 pages, in « Bibl. de philosophie scientifique », Flammarion édit., Paris 1952).

Par sa complexité et par les problèmes qu'il pose, « le mysticisme est un monde » que l'auteur tente d'étudier « sous un aspect purement objectif ». Il constitue « l'expérience grâce à laquelle l'âme de l'homme se divinise ». Après une description générale de l'expérience, M. Emmanuel Aegerter examine les explications, tant psychologiques qu'historiques, et les lois qui ont été données de la vie mystique. C'est ainsi qu'il discute successivement l'explication physio-pathologique et les observations des psychiatres, puis l'explication purement psychologique (activité subconsciente ou refoulement), concluant que si chacune d'elles éclaire une partie du mécanisme de l'expérience, aucune n'apporte la solution décisive.

Se tournant alors vers les mystiques eux-mêmes, assez différents les uns des autres, il décrit le mysticisme spéculatif et actif de Maître Eckart (1260-1327), représentant du mysticisme germanique et l'un des créateurs de la prose allemande, le mysticisme intuitif et passif de sainte Thérèse d'Avila, expression de l'Espagne catholique mais aussi de son siècle (1515-1582), le mysticisme oriental avec un dieu personnel de Al Hosayn Ibn Mansour, surnommé Al Hallâj ou le Cardeur, et qui fut torturé et exécuté le 26 mars 922, le mysticisme oriental sans dieu personnel sous la forme du Yoga. Il observe que, malgré la différence de certains traits, ces principaux types de mystiques présentent entre eux « une ressemblance profonde », suivent la même voie pour parvenir à la même union et finir par « le même évanouissement dans la simplicité divine ».

L'auteur consacre ensuite un chapitre à l'extase qui, sans être un phénomène spécifiquement mystique ni même une manifestation indispensable du mysticisme (l'union pouvant être réalisée sans la préparation de l'extase), est cependant le phénomène qui, au cours de l'expérience mystique, retient le plus l'attention. Elle y constitue l'état transitoire où le physique et le mental sont le plus étroitement imbriqués et qui « ouvre l'accès de la mysticité véritable ». Etat transitoire qui « prépare, facilite, assure l'accession de l'âme à l'union transformante », union permanente à Dieu, « but fixé pour l'expérience mystique terrestre ». Le mystique vit alors « d'une autre vie, supérieure et divinisée ». L'expérience mystique s'accompagne parfois, non seulement de paroles d'amour, mais de manifestations physiques d'origine sexuelle. Dans un chapitre intitulé « les noces mystiques », M. Emmanuel Aegerter rappelle et discute les diverses explications qui ont été données de l'association de l'érotisme et du mysticisme, en particulier par des psychanalystes et par des mystiques eux-mêmes.

Après avoir éliminé les faux mystiques (malades atteints de délire mystique ou « personnes qui, de très bonne foi, obéissent dans leurs attitudes mystiques, soit au mimétisme, soit à une véritable autosuggestion »), l'auteur traite des grands courants mystiques et du mysticisme collectif. On lira avec intérêt les pages consacrées à en rechercher l'apparition chez les romantiques, Châteaubriand, Lamartine, Victor Hugo. Et si l'expérience mystique est essentiellement individuelle, il a cependant existé des courants de mysticisme collectif dans lesquels la prise de possession des âmes par Dieu s'étend à la fois chez tous les membres d'une famille spirituelle. Il en est étudié ici deux groupes : celui des Hommes de l'Intelligence (c'est-à-dire des hommes qui comprennent) dans les Flandres, vers la fin du xiv^e siècle et le début du

xv^e, et celui des Hommes de Dieu, en Russie, au xviii^e siècle. Ne les considérant pas comme des mystiques authentiques mais pas davantage comme de faux mystiques, M. Emmanuel Aegerter voit en ces deux sectes « les hérétiques du mysticisme ».

« Expérience qui permet à l'âme de passer, par une série d'états intermédiaires, à un mode de vie supérieure dans lequel elle se trouve en communion avec Dieu ou, pour mieux dire, elle-même déifiée », le mysticisme utilise toujours et chez tous les humains le même mécanisme psychologique, « obéit à des lois précises », passant par les mêmes étapes, quels que soient le culte de l'initié et les aspects différents qui peuvent en découler. Le vocabulaire de tous les mystiques contient des expressions identiques et le résultat final de l'expérience, l'union, présente la même impression d'absorption dans l'absolu. Telle est la conclusion de l'auteur, qui se sépare des théologiens catholiques pour lesquels la question de la grâce domine tout le débat. Il codifie cette méthode, ayant « pour but la compréhension expérimentale du divin » en huit lois, dont l'une, la septième, pourrait servir de conclusion à ce livre : « L'union avec Dieu entraînant la compréhension de l'univers, de l'essence des choses, de leur perfection en Dieu, le mysticisme est un moyen de connaissance. » L'idée maîtresse des grands mystiques, ajoute M. Emmanuel Aegerter, « c'est celle de l'unité du monde ».

René CHARPENTIER.

Néo-finalisme, par Raymond RUYER, professeur à la Faculté des lettres de Nancy, correspondant de l'Institut (1 vol., in-8°, 272 pages, in « Bibliothèque de philosophie contemporaine ». Presses universitaires de France, Paris, 1952).

Après avoir souligné le caractère contradictoire de la négation de toute finalité et l'impossibilité de concevoir l'activité finaliste de l'homme conscient sans la rattacher à un monde organique lui-même finaliste, l'auteur établit une distinction fondamentale entre les domaines unitaires d'action et les systèmes liés seulement par des actions de proche en proche. La causalité sans finalité ne règne que dans ces systèmes. L'activité unitaire, c'est-à-dire l'activité véritable, est finaliste, et l'univers n'étant que l'ensemble de telles activités, la finalité est universelle. La causalité proprement dite n'est qu'un mode dérivé, dérivé de la multiplicité des « agissants ».

Embryons et cerveaux sont présentés comme des exemples caractéristiques de domaines unitaires et tous les domaines unitaires sont du même type général, à la fois spatio-temporels et trans-spatio-temporels. Ils sont « forme vraie » d'un Agent visant un Idéal.

La prévention anti-finaliste n'est qu'une survivance du long règne de la physique macroscopique. Malgré le rôle important qu'y jouent les lois secondaires, l'univers, dans son ensemble, est probablement du même type, fondamentalement, qu'un domaine unitaire. De nombreux indices suggèrent que les finalités individuelles sont subordonnées à une Finalité ou à un Sens total. Les activités finalistes individuelles sont toutes isomorphes. Elles comportent toutes : « Agent —> Travail —> Idéal ». La finalité totale n'est pas à proprement parler isomorphe aux finalités individuelles. Non pas parce qu'elle en diffère, mais parce qu'elle les constitue.

L. R.

La psychotechnique dans le monde moderne. Compte rendu du IX^e Congrès international de psychotechnique (Berne, 12-17 septembre 1949), par le Dr Franziska BAUMGARTEN, chargée de cours à l'Université de Berne, secrétaire général du Congrès (1 vol., in-8°, 632 pages, Presses universitaires de France, Paris, 1952).

Dans le monde moderne, la psychotechnique prend partout une place de plus en plus grande. Ce volume est le témoignage de l'importance croissante de son rôle social, de ses progrès dans l'étude psychologique de la personnalité globale, de sa nécessité à la base de l'orientation professionnelle. Dans le remarquable discours qu'il prononça à la séance inaugurale du congrès, le professeur *Henri Piéron* précisa ainsi le rôle de la psychotechnique : « Un homme digne de ce nom est un organisme dont les comportements sont régis par des mécanismes de nature physiologique, mais qui, « grâce à la plasticité d'un cerveau extraordinairement développé, ont été « en grande partie modelés par l'action formatrice d'une très vieille société, « qui lui a fourni des moyens admirables de pensée et d'action, et l'a doté « d'un système de sentiments et de tendances propres à assurer une certaine « cohésion indispensable à la vie des groupes. Tout individu nouveau doit « s'intégrer dans cette vie collective : en se penchant sur lui pour le bien « connaître, la psychotechnique a pour tâche essentielle d'aider à cette « intégration, de contribuer à assurer sa meilleure adaptation sociale possible. »

A cette tâche contribueront les très nombreux exposés réunis et classés dans le présent volume par *Mme Franziska Baumgarten*, qui assura avec un grand succès le secrétariat général du congrès, succédant dans ces fonctions au regretté *Jean-Marie Lahy*. Présentés par des congressistes venus de 32 pays, ces travaux, lorsqu'ils ne sont pas rédigés en langue française, sont suivis d'un résumé en notre langue. Dans l'impossibilité de citer ici-même les titres de ces très nombreux travaux ou de faire un choix parmi de très intéressants exposés, il faut se contenter d'indiquer les différents thèmes, au nombre de quatorze, auxquels ils se rapportent, et qui constituent les divisions de ce volume : rôle de la psychotechnique dans la vie sociale et politique ; étude de la personnalité par la méthode des tests ; généralités sur la méthode des tests et examen psychologique des tests en usage ; formation professionnelle ; psychologie du travail humain (aspects sociaux) ; psychologie du travail humain (problèmes divers) ; applications psychotechniques, leur valeur ; orientation professionnelle ; analyse factorielle des professions ; sélection des pilotes, conférences publiques sous le Haut-Patronage du service de santé de l'armée suisse ; psychotechnique scolaire et universitaire ; psychotechnique et moyens audio-visuels ; psychologie des handicapés ; recherches psychologiques diverses, parmi lesquelles la psychologie de l'annonce.

Des renseignements d'ordre administratif complètent ce compte rendu d'un congrès dont le succès fut très grand et les résultats d'une utilité plus grande encore ainsi qu'en témoignent le nombre, la variété et l'intérêt des travaux présentés. Ce volume, qui constitue en quelque sorte la suite et le complément du précédent recueil publié par *Mme Fr. Baumgarten* sous le titre « Progrès de la psychotechnique, 1939-1945 » contient, rassemblés, sous une forme résumée, des documents auxquels tout psychotechnicien devra souvent se reporter.

De la formation des psychotechniciens, le congrès s'est également préoccupé, en émettant le vœu « que, dans chaque pays, soit organisée la profession de psychotechnicien, avec contrôle des compétences, tout comme pour la profession médicale et sur les mêmes bases, tant pour la formation générale que pour les préparations spécialisées ». Un second vœu demande aux associations professionnelles de psychotechniciens de s'intéresser très activement à la formation et à la réglementation des études des futurs « psychologues-praticiens ».

René CHARPENTIER.

L'enseignement en France et le plan scolaire d'une École Rudolf Steiner, par Henriette BIDEAU, agrégée de l'Université, professeur au lycée français de Bîden-Baden, *Préface* de M. Gustave MONOD directeur honoraire de l'enseignement du second degré (1 vol., in-8°, 168 pages, in « Les cahiers bleus de l'art de l'éducation », Paris, 1951).

Après avoir critiqué les méthodes traditionnelles de l'enseignement en France et la tendance à donner l'enseignement aux enfants et à les traiter comme s'ils étaient des adultes, Mad. Henriette Bideau oppose à ces méthodes l'esprit et les méthodes de la pédagogie pratiquée dans les écoles Rudolf-Steiner d'Allemagne. (Il en existe aussi en Angleterre, en Hollande, en Amérique, en Suisse, en Norvège, en Italie), en corrélation avec le développement de l'enfant aux différents âges.

Fondée à Stuttgart, en 1919, sous la direction de Rudolf Steiner, l'Ecole Waldorf a pour objet de préparer l'enfant à la vie et non à des examens. Sauf pour la lecture, l'enseignement se fait sans livre. C'est le même maître qui, depuis le changement de dentition jusqu'à la puberté, pendant un cycle de huit années, donne l'enseignement principal à sa classe d'élèves. Il est tenu compte du caractère global « syncrétique » de la représentation de l'enfant. Et naturellement des différences individuelles, le professeur connaissant bien des élèves, qu'il suit pendant longtemps. Il n'y a ni notes, ni compositions, ni punitions. Un long bulletin d'appréciations est rédigé sur chaque élève en fin d'année scolaire pour les parents. Les écoles sont mixtes. On trouvera dans ce livre le programme des classes en un « plan scolaire » établi selon l'âge de l'enfant, et qui n'est d'ailleurs ni rigide, ni immuable. La scolarité est de douze ans. Un cycle primaire comprend 8 classes, il y en a quatre dans le cycle secondaire. Si, après ces deux cycles, l'élève doit se présenter à des examens, il existe, hors programme, une treizième classe dite « de préparation », qui suffit à en faire des candidats équivalents aux élèves des lycées d'Etat. Le cycle de matières enseignées est, en effet, très complet, et il s'y ajoute, dès les premières classes, une éducation esthétique qui, sous des formes multiples, développe le « sens du beau ». C'est d'ailleurs de la peinture et du dessin que sortiront la lecture et le calcul. C'est la musique qui préparera l'élocution, la récitation, l'étude des langues vivantes et du calcul. Une grande place est faite aussi à l'eurythmie, art du mouvement, et à la gymnastique.

Des réunions organisées pour les parents des élèves développent les contacts personnels avec les professeurs et permettent à ceux-ci de répondre aux questions posées par les familles. La vie de l'école est d'ailleurs riche en manifestations diverses : fêtes, congrès pédagogiques, expositions de travaux, revues, conférences, concerts, manifestations d'art et de culture, etc...

Et Mlle Henriette Bideau termine cet exposé, ce plaidoyer, en décrivant ainsi l'impression du visiteur : « c'est le regard clair et brillant des enfants, leur salut spontané, leur sourire confiant, l'élan joyeux des petits vers le maître qui vient à passer, le lien durable qui unit de nombreux élèves devenus grands à leur école. »

René CHARPENTIER.

MÉDECINE LÉGALE

Ces enfants qui ont failli. Contribution à l'étude du chapitre II de la loi belge du 15 mai 1912. Réflexions sur le problème de la délinquance et de l'inadaptation des enfants et des adolescents. Action judiciaire, éducative et sociale, par Maurice DUBOIS, juge des enfants à Nivelles, président de l'Union des juges des enfants du Royaume. Préface de M^{lle} S. HUYNEN, directrice de l'Office de la protection de l'enfance à Bruxelles (1 vol., in-8°, 124 pages, Office de publicité, S. A édit., Bruxelles, 1952).

Livre essentiellement pratique, fruit de l'expérience acquise, tout pénétré de l'importance du problème posé et de la nécessité d'envisager, « avec sa science et son cœur, l'enfant qui est une réalité souvent si émouvante, et qui a parfois tant besoin d'être aidé et protégé ». A la suite du texte de la loi belge du 15 mai 1912 sur la protection de l'enfance et de son historique, la première partie de ce livre expose ce qu'est, en fait, la protection de l'enfance, d'après le droit pénal belge. Toute la loi s'inspire de ce principe que c'est l'intérêt de l'enfant qui doit commander l'intervention du magistrat, enfant à qui doit être appliquée une justice humanisée et individualisée. D'où l'institution du juge des enfants. L'auteur en indique le mode de désignation, la mission, ainsi que le fonctionnement de cette juridiction, la compétence du juge et les mesures qu'il peut prendre. Des projets de réforme sont d'ailleurs à l'étude en Belgique depuis 1937.

Dans une seconde partie, M. Maurice Dubois étudie les véritables aspects du problème de la délinquance juvénile. L'enfant est jugé plus d'après ce qu'il est que d'après l'acte qu'il a commis et selon ce principe essentiel de l'individualisation d'une justice spécialisée. Abordant le problème des jeunes inadaptés, problème unique mais aux aspects juridiques, pédagogiques, sociaux, médicaux, psychologiques et psychiatriques, l'auteur rappelle que le délit est le produit d'une double série de facteurs, les facteurs individuels et les facteurs familiaux ou sociaux. Il insiste sur l'importance primordiale de la présence de l'enfant « dans un foyer sain et heureux de parents bien équilibrés », sur l'action du milieu scolaire, du milieu professionnel, de la mauvaise utilisation des loisirs, de l'ensemble des facteurs économiques et sociaux.

La troisième partie est consacrée à l'institution du juge des enfants et de ses services auxiliaires. « L'objectif à atteindre consiste en un réajustement fondamental et en tout cas suffisant à une vie personnelle, familiale et sociale satisfaisante du point de vue de l'enfant et du point de vue de la société. » Tel est, en effet, le but de la présente loi. A la différence du juge ordinaire, le juge des enfants intervenant avant et après l'audience, a une mission délicate et de lourdes responsabilités. Son action personnelle implique le développement de contacts directs et ses auxiliaires doivent être

unis par un parfait esprit d'équipe. M. Maurice Dubois indique comment sera créée la sympathie, obtenue la confiance, comment il devra être procédé à l'enquête sociale, à l'observation de l'enfant, soulignant le caractère indispensable de l'examen médico-pédagogique fait par des spécialistes. Il envisage ensuite les moyens mis à la disposition du juge : institutions fermées de rééducation, semi-liberté (homes et foyers), placements familiaux, régime de liberté surveillée (qui n'est pas une formule négative mais doit consister en un effort constructif pour aider l'enfant, favoriser son éducation et normaliser son évolution). Le service social du Tribunal des enfants, en voie de réalisation en Belgique, sera pour le magistrat un auxiliaire précieux (enquêtes, tutelles sociales, etc.).

En conclusion, « il convient de tendre à un système d'éducation surveillée plus cohérent, plus souple », tenant compte des avis et des conseils de techniciens, explorant le milieu social, étudiant la personnalité de l'enfant, sous la direction et le contrôle du magistrat. Renouvelant un vœu déjà formulé par d'autres, M. Maurice Dubois se demande si le législateur fera un jour sortir complètement le juge des enfants du cadre des institutions répressives ? En Belgique, tout au moins, l'assistance éducative ou tutelle familiale semble devoir être la formule de demain.

René CHARFENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Troubles prédominants de la faim avec alternance d'anorexie et de boulimie au cours d'accès cyclothymiques à double forme, par J. ALLIEZ, R. MURATORE et R. PUJOL (de Marseille). (*La semaine médicale*, 2 février 1952).

Observation d'une malade de 68 ans, internée à deux reprises pour psychose maniaco-mélancolique (plusieurs accès antérieurs) et qui, lors de ces deux hospitalisations, passa, après électrochothérapie, de l'état mélancolique avec anorexie à l'état maniaque avec boulimie impossible à rassasier, augmentation de poids de 10 kgs en trois semaines, hyperglycémie. Les auteurs attribuent les troubles de la régulation glycémique à une perturbation du fonctionnement des centres diencephaliques, et rapportent les troubles de la faim à une perturbation des centres hypothalamiques de la faim. Le taux de la glycémie à jeun est supérieur au taux normal. La malade ne présentait aucun trouble du sommeil, de la soif, de la régulation thermique.

R. C.

Concept de psychopathe (Concepto de psicopata), par Hulsey CASON. (*Revista de Neuropsiquiatria*, Lima, t. XIII, n° 1, mars 1950, p. 61-75).

L'auteur décrit successivement les bases du concept de psychopathe, étudiant les modes primitifs de la conduite, classant les impulsions primi-

tives = appétitives, égocentriques, émotionnelles, agressives, inhumaines. Il rappelle ensuite les différentes sortes de réactions anti-sociales, montrant l'importance de la notion de frein volontaire des tendances psychopathiques. Les rapports des psychopathies et de diverses maladies mentales, le diagnostic différentiel, la variabilité des symptômes suivant les races, le milieu, l'âge, sont envisagés. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Angoisse, existence et vitalité, par M. LOPEZ-IBOR (de Madrid). (*L'évolution psychiatrique*, avril 1950).

La bosse de Kierkegaard fait l'objet du premier chapitre de cet article, qui intéressera les nombreux auteurs qui se penchent sur ce cas. L'auteur entend toutefois se limiter, sans en épuiser les aspects philosophiques, à la description et à l'interprétation de certains phénomènes cliniques. Angoisse et peur, existence humaine, angoisse morbide et angoisse existentielle, constituent le titre et le thème des trois chapitres suivants. Le psychiatre y trouve également traitée la genèse des obsessions avant de terminer sa lecture par des considérations sur l'angoisse et la mort. En ce qui concerne l'angoisse, l'auteur fait remarquer que l'angoisse vitale est bien un symptôme de base de la thymopathie anxieuse, mais on ne peut nier qu'elle ne soit un constituant de la personnalité normale, si bien que nous ne qualifions de pathologiques que les degrés accentués de l'angoisse, tout comme cela se passe pour la tristesse vitale.

M. LECONTE.

Les racines ontogénétiques de l'angoisse. I. Du nouveau-né au nourrisson, par A. HADJI-DIMO. (*Encéphale*, Εγκεφαλος, Athènes, n° 2-3, août 1950, p. 167-200).

Dans la première partie de son étude, l'auteur décrit les circonstances psychiques de la vie de l'enfant au cours des premiers mois. L'affectivité est alors prédominante. Les réactions de la vie neuro-végétative influent beaucoup sur le comportement ultérieur. On retrouve souvent chez le nourrisson des états de tension pénible, d'abord en relation avec le bien-être alimentaire et postural, puis, déterminés par le comportement de l'ambiance humaine et surtout de la mère. A ce stade, l'insécurité est synonyme d'absence, d'impression d'incomplétude. L'angoisse prend naissance à ce moment. La personnalité reste marquée par les premières tentatives d'adaptation dans les relations avec le monde. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Diagnostic des retards du langage par diminution de l'audition, par G. HEUYER, S. LEBOVICI et M^{lle} Martha VIE. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 16 mai 1950).

Présentation d'un appareil, le *Peep show Box*, basé sur le conditionnement audio-visuel, et qui permet, au cours d'un examen sommaire, le dépistage précoce des troubles de l'audition chez les petits enfants.

R. C.

L'enfant arriéré et son entourage (Das geistesschwache Kind und seine Umgebung), par P. MOOR. (*Pro Infirmis*, Zürich, 9^e année, n° 4, 1^{er} octobre 1950, p. 100-106).

Pour le traitement rationnel des retards intellectuels, affectifs et volitionnels chez l'enfant, il est nécessaire de considérer non seulement l'arriéré lui-même, mais aussi son entourage. Il faut chercher à modifier, en particulier, les points de vue de la famille. La tâche n'est pas accomplie, si l'entourage ne se trouve pas lui-même éduqué. C'est un problème difficile à résoudre comme le montre l'auteur.

V.-J. DURAND.

Pronostics des troubles caractériels de l'enfance et de la jeunesse, par Mmes SZYMANSKA et KORYTOWSKA (Varsovie). (*Enfance*, mars-avril 1951).

Il s'agit d'un travail portant sur 495 garçons et 295 fillettes de 4 à 18 ans atteints de troubles caractériels observés de 1 à 3 ans et dans 40 cas jusqu'à 10 ans.

Après avoir analysé le milieu, poussé le diagnostic, trouvé le facteur déterminant des troubles, appliqué une méthode thérapeutique, les auteurs ont constaté 43 % de résocialisation totale, 24 % de résocialisation partielle, 33 % d'échecs et, dans le cas de psychopathies constitutionnelles : 7,5 % de résocialisation totale et 25 % de résocialisation partielle, mais elles soulignent la nécessité absolue de traiter les enfants le plus tôt possible.

D. JOYEUX-QUERCY.

Pronostic des troubles du caractère : avenir des enfants sortis d'un centre de caractériels depuis 3 à 6 ans, par R. FAU et Ch. MÉMIN (Grenoble). (*Enfance*, mars-avril 1951).

Après avoir énuméré les conditions de la rééducation, l'auteur donne les résultats obtenus sur 59 enfants pris entre 8 et 10 ans, après un recul de six ans. Il conclut à 55 % de succès, dont 38 % entièrement satisfaisants, insiste sur la nécessité de séparer l'enfant de la famille et de les rééduquer séparément. Les conditions indispensables sont les suivantes : enfants d'âge scolaire (7 à 12 ans), élimination des débiles mentaux, collaboration de la famille, éducation psycho-motrice, effort principal portant sur la classe, milieu formant une société et demandant à l'enfant un effort d'adaptation, psychothérapie de groupe, rééducation aussi courte que possible : c'est « une cure et non pas un mode de vie ».

D. JOYEUX-QUERCY.

Intoxication éthylique aiguë chez un enfant de trois ans, par L. CHRISTIAENS. (*Bull. de la Société de médecine du Nord*, séance du 29 septembre 1950).

Observation d'un enfant de 3 ans, trouvé dans le coma complet à côté d'une bouteille de cognac dans laquelle il manque 500 cm³. Strychnothérapie intense. Sérum sucré. Carbogène. Sortie du coma en vingt-quatre heures. Guérison sans séquelle.

L. R.

Trois cas de sclérose tubéreuse de Bourneville chez l'enfant, par Robert DEBRÉ, S. THIEFFRY, I. BERTRAND et P. MOZZICONACCI. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 18 juillet 1950).

Observations de trois nourrissons, dont un frère et une sœur, atteints de cette sclérose tubéreuse, et qui présentèrent tous les trois des crises convulsives.

A la suite de l'exérèse partielle des tissus lésés au niveau de la région rolandique gauche, le premier enfant ne présenta plus de crises convulsives, mais chez lui le syndrome cutané persista en s'accroissant, avec éléments saillants au niveau de la face, taches de vitiligo, etc. L'examen histologique des tissus extirpés avait montré des cellules polygonales monstrueuses nombreuses en tête de méduse, caractéristiques de la sclérose tubéreuse de Bourneville.

Le père des deux autres enfants présentait lui-même des adénomes sébacés et un angiome de la joue.

Les auteurs estiment que la sclérose tubéreuse de Bourneville est une cause non négligeable de convulsions. Selon eux, l'association de convulsions, d'arriération et d'adénomes sébacés ne se manifeste pas dès le premier âge, mais seulement plus tard. Ils signalent que l'encéphalographie gazeuse révèle parfois une dilatation ventriculaire. Des tumeurs associées sont parfois constatées.

L. R.

Intoxication oxycarbonée au 5^e mois d'une gestation. Arriération mentale consécutive, par P. DESCLAUX, A. SOULAIRAC et C. MORLON. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 17 octobre 1950).

Observation d'un enfant arriéré et épileptique dont la mère, victime d'une intoxication oxycarbonée au 5^e mois de sa grossesse, était restée huit jours dans le coma. Les auteurs envisagent une relation de cause à effet entre cet accident et l'arriération de l'enfant.

R. C.

Arriération mentale chez un enfant de mère paludéenne, par P. DESCLAUX, A. SOULAIRAC et C. MORLON. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 17 octobre 1950).

Observation d'une fillette arriérée de 6 ans sujette à des crises convulsives et à des accès fébriles. Les auteurs émettent l'hypothèse d'une étiologie paludéenne, la mère ayant présenté au 4^e mois de sa grossesse plusieurs accès de paludisme qui ont cédé au quinoforme.

R. C.

Idiotie mongolienne chez une eurasiennne. Rôle possible d'une intoxication par la quinine pendant la gestation, par P. DESCLAUX, A. SOULAIRAC, M^{lle} C. MORLON et G. RAVAUD. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 18 juillet 1950).

Les auteurs, signalant l'existence d'une intoxication par la quinine au 2^e mois de la gestation de la mère, soulèvent la possibilité de ce facteur étiologique.

logique pour ce cas de mongolisme. D'autre part, ils étudient certains caractères ethniques de la malade et les comparent aux signes d'idiotie mongolienne.

R. C.

Qu'attendent de la psychiatrie les classes spéciales ? (Was erwartet die Hilfsschule von der Psychiatrie), par Edwin KAISER. (*Pro Infirmis*, Zürich, 9^e année, n° 4, 1^{er} octobre 1950, p. 97-99).

Les enfants débiles ne doivent pas rester dans les classes ordinaires, où ils ne font pas de progrès et où il n'est pas possible de leur consacrer le temps nécessaire. Il faut, sans tarder, placer ces arriérés dans des classes spéciales. Le rôle du médecin et, en particulier, du psychiatre, est capital pour décider les parents à ne pas persévérer dans leur erreur initiale. Une étroite collaboration est d'ailleurs toujours nécessaire entre médecins, éducateurs et familles.

V.-J. DURAND.

Ecoles spéciales et psychiatrie infantile (Spezialschule und Jügendpsychiatrie), par H. O. PFISTER (de Zürich). (*Pro Infirmis*, Zürich, 9^e année, n° 4, 1^{er} octobre 1950, p. 107-108).

Les problèmes posés par les nombreux cas de troubles psychiques de l'enfant d'âge scolaire doivent être résolus par une collaboration du médecin et du pédagogue. Souvent se montre nécessaire l'utilisation de classes spéciales. Pour obtenir, d'ailleurs, les résultats les plus encourageants, il convient d'étendre la collaboration à la famille et aux diverses organisations officielles ou privées s'occupant de l'enfance.

V.-J. DURAND.

Education à la communauté (Erziehung zur Gemeinschaft), par Lore KAUFMANN JACOBSON. (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue Suisse d'hygiène*, 30^e année, n° 9, septembre 1950, p. 416-422).

L'auteur, directrice du foyer d'enfants d'émigrants à Bâle, rappelle les résultats de son expérience. Elle montre comment des enfants, gravement atteints au point de vue psychique et qui, à leur arrivée, se montraient peu accessibles à toute psychothérapie, ont pu être arrachés à leur isolement moral, puis s'insérer dans le groupe créé pour eux. La petite société constituée sous forme de village a eu un effet remarquable sur les troubles mentaux et les attitudes néfastes, conséquences du désarroi.

V.-J. DURAND.

NEUROLOGIE

Un cas d'abcès du cerveau révélateur d'une bronchectasie kystique, par R. HOUDART, J. BARBIZET et J. VILLIAUMEY. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 3 février 1950).

Observation d'une femme de 32 ans présentant des épisodes, de gravité croissante, de céphalée et d'obnubilation aboutissant à un coma sans signe

de localisation. Une vomique amenda passagèrement son état. Ventriculographie suivie de l'extirpation en masse d'un abcès temporal gauche avec suites excellentes. Des investigations radiographiques mettent en évidence une bronchectasie kystique limitée au lobe inférieur gauche.

R. C.

Constatations catamnestiques chez des traumatisés crânio-cérébraux indemnisés, par M. KLINGLER (de Bâle). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 1949, vol. 63, p. 244).

L'auteur donne les motifs du choix des cas examinés, décrit la gravité du traumatisme et ce qui en résulte finalement quant à la capacité de travail, aux plaintes subjectives et aux symptômes neurologiques. Dans les cas de contusion, la restitution fonctionnelle est pratiquement la même que chez les non-contusionnés, mais elle demande plus de temps. Description détaillée de douze cas, qui présentaient encore de légers signes objectifs de contusion au moment de l'indemnisation définitive. M. Klingler insiste sur l'importance des micro-symptômes et discute de l'opportunité de l'indemnisation définitive (surtout dans les cas de réaction névrotique).

H. BERSOT.

Contribution au problème de l'épilepsie traumatique, par W. BIRKMAYER (de Vienne). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 1949, vol. 63 p. 98).

Exposé général basé sur la statistique des causes et du traitement de l'épilepsie. Deux facteurs s'associent pour abaisser le seuil d'excitabilité, c'est-à-dire pour créer la disposition aux crises que déclenchent des causes irritatives endogènes et exogènes : a) diminution des possibilités d'adaptation du système neuro-végétatif et modifications neuro-humorales du milieu intérieur du système nerveux central ; b) altérations des cellules nerveuses par des facteurs mécaniques, vasculaires ou toxiques. Le traitement consiste à ménager puis réentraîner le système neuro-végétatif par un mode de vie approprié, éliminer le facteur local irritatif s'il est décelé, stabiliser le fonctionnement des centres neuro-végétatifs par diverses thérapeutiques (ergot de seigle, belladone), déshydratation du système nerveux central, calmants en petite quantité pour diminuer le moins possible la capacité de travail. Les facteurs prédisposants et causals se trouvent ainsi atténués, la symptomatologie réduite au minimum et la réintégration sociale facilitée.

H. BERSOT.

Un cas de chorée traumatique, par D. MOFFIE (d'Amsterdam). (*Archives Suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LXVII, fasc. 2, Zurich, 1951).

Intéressante observation de chorée post-traumatique chez un homme de 60 ans, à la suite du choc d'un poteau contre la région pariétale gauche. A l'autopsie sont trouvés dans le cerveau des hémorragies symétriques dans les deux noyaux caudés et des foyers d'encéphalite. Discussion des conceptions modernes de la pathogénie de la chorée.

R. C.

Dysthymie et syndrome sympathique cervical postérieur de Barré-Liéou, par G. AYMÈS. (*Sud médical et chirurgical*, 83^e année, 31 juillet 1951).

Le syndrome sympathique cervical postérieur, bien connu de tous ceux qui ont eu à traiter ou à expertiser des commotionnés cérébraux, est maintenant classique et son tableau clinique particulièrement riche a sa part légitime dans les préoccupations des cliniciens et des experts.

L'auteur insiste sur la fréquence, dans un grand nombre de cas, de manifestations de tonalité anxieuse parfois au premier plan et qui constituent un aspect particulier du syndrome. Il résume une trentaine d'observations où cette note dépressive est au premier plan. M. G. Aymès termine par des considérations pathogéniques, où il fait intervenir surtout l'action du nerf vertébral, dont le territoire comporte en particulier la vascularisation du cervelet, de la protubérance et du bulbe. L'anxiété, élément souvent mineur du syndrome, mais au premier plan dans les observations étudiées, serait ainsi en relation avec des troubles de la circulation artérielle du bulbe. L'auteur ne néglige d'ailleurs pas le facteur constitutionnel, souvent important pour expliquer la persistance des symptômes.

J. ALLIEZ.

Méningite aseptique par rupture d'un cholestéatome, par T. DE LEHOCZKY (de Budapest). *Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, mai 1951).

Observation anatomo-clinique d'un homme de 42 ans. Cholestéatome de la taille d'un œuf de poule dans le III^e ventricule, se propageant vers la partie supérieure de la protubérance, dans les lobes temporal droit et occipital droit. Enveloppe nécrotique de la tumeur rompue aux environs de l'aqueduc de Sylvius. Contenu répandu dans le IV^e ventricule et dans l'espace sous-arachnoïdien en déterminant une méningite aseptique. Pendant l'évolution, qui dura dix ans, amaurose, tremblement, ataxie. Syndrome méningé aigu lors de la rupture de l'enveloppe et décès 3 semaines après.

R. C.

Méningites purulentes aiguës à « Moraxella Lwoffii » ; comportement de ce germe aux antibiotiques, par René MARTIN, B. SUREAU, Cl. BARMES, G. LE MER et M^{lle} MOUSSET. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 15 décembre 1950).

Deux observations de méningite purulente aiguë à *Moraxella*, secondaire à des interventions neuro-chirurgicales. Ces affections se présentent au premier examen comme des méningites à méningocoques ne répondant pas aux traitements classiques. Le diagnostic bactériologique, qui repose sur des examens de laboratoire longs et délicats, est souvent méconnu. Dans l'un des cas, on a pu reconnaître une kératite comme porte d'entrée. Une des souches était sensible à l'auroéomycine, l'autre à la chloromycétine, à l'exclusion de tout autre antibiotique. L'antibiotique de choix, dans les deux cas, a pu stériliser le liquide céphalo-rachidien, sans toutefois empêcher une issue fatale. Ces malades ayant subi une intervention neuro-chirurgicale traumatisante étaient dans un état de cachexie avancée.

R. C.

Les méningites à gonocoques. par R. BASTIN, médecin assistant à l'hôpital Claude-Bernard, et H. LESTRAET, interne des hôpitaux (*Le bulletin médical*, 1^{er} octobre 1950).

A propos d'une observation de cette localisation rare du gonocoque, observation de syndrome méningé classique avec poussée thermique à 40°5, présence de gonocoques dans le liquide céphalo-rachidien, action rapide de la pénicillinothérapie par voie intramusculaire, les auteurs rappellent la séméiologie de la méningite gonococcique d'allure primitive, dont cette observation est un exemple, et la séméiologie de la méningite associée à d'autres manifestations cliniques de la septicémie gonococcique, insistant sur la valeur diagnostique des signes associés, en particulier des arthralgies, des érythèmes et de la fièvre, des frissons. Des notions bactériologiques, récemment acquises, permettent de trouver ce germe fragile qu'est le gonocoque. L'avènement des antibiotiques a complètement renouvelé le traitement: la voie rachidienne n'est pas indispensable, pas plus que n'est nécessaire l'association pénicilline-sulfamides.

R. C.

Les réactions méningées au cours de la rougeole, par Y. BOQUIEN, D. HERVOÛER et DUHAMEL (de Nantes). (*La Presse médicale*, 11 mars 1950).

Les auteurs relatent 75 cas de rougeole au cours desquels ils ont fait des ponctions lombaires systématiques. Cette étude leur a permis de déceler très fréquemment une réaction méningée (65 % des cas), réaction qui s'observe surtout entre le sixième et le huitième jour de la maladie et qui est le plus souvent cliniquement latente. Elle est parfois élevée (112 lymphocytes dans 1 cas), le plus souvent discrète (quelques éléments). Dans 6 cas, il y eut des manifestations cliniques: méningo-encéphalite 4 fois, méningite 2 fois, avec 1 cas de séquelles parkinsoniennes.

R. C.

Les altérations durables du système nerveux central à la suite de maladies du fœtus et du petit enfant, par G. FANCONI et H. ZELLWEGER (de Zurich). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 1949, vol. 63, p. 193).

Les altérations du système nerveux central, de même que les malformations d'autres appareils, attribuées jusqu'ici presque exclusivement à l'hérédité ou au traumatisme obstétrical, peuvent avoir d'autres causes découvertes et étudiées depuis peu: infections de la mère (rubéole, toxoplasmose), facteurs endocriniens, rayons X, etc... Les auteurs énumèrent ces altérations, exposent leurs diverses étiologies en relevant l'importance déterminante du moment de l'action du facteur causal. La prédisposition constitutionnelle ou acquise favorise l'apparition de certaines maladies du système nerveux central, dites neuro-allergiques: convulsions fébriles, maladie de Feer, etc... Cette prédisposition se remarque à certains signes, par exemple les anomalies du crâne, dont il est utile de tenir compte dans le traitement d'affections même tout à fait banales et leur pronostic. Pour terminer, les auteurs souhaitent une collaboration plus étroite entre psychiatres et pédiatres.

H. BERSOT.

La myotonie congénitale. Etude clinique à propos de quelques observations nouvelles, par P. VERGÉ (de Bordeaux). (*Pédiatrie*, n° 3, 1951).

Après avoir fait la description classique de la myotonie congénitale et en avoir rapporté une observation, l'auteur approuve la fusion de la maladie d'Oppenheim avec celle de Wernig-Hoffmann qu'on lui opposait jadis. En s'appuyant sur les données modernes et six observations, il précise quelques particularités. L'anatomie pathologique montre la nature dysgénétique de l'affection, la dysplasie cellulaire. C'est aussi probablement une affection génotypique, et le mode de transmission paraît obéir aux lois de la récessivité. Le début est d'appréciation difficile. On note des raccourcissements tendino-musculaires, des malformations associées, deux cas de tumeur congénitale du système nerveux, des cataractes chez les deux frères, des déformations de la colonne cervicale. Les muscles de la face, seuls à conserver leur motricité, sont parfois atteints électriquement. La réaction de D., rarement rencontrée, doit être rapprochée de la réaction myotonique classique, mais jamais de la réaction de type myopathique. Deux types évolutifs : le premier, début congénital ou plus tardif avec atteinte précoce et particulière des muscles respiratoires, entraînant la mort en quelques mois.

Le deuxième, beaucoup plus rare, toujours constitué à la naissance, sans trouble respiratoire ni tendance extensive, pouvant guérir avec un aspect pseudo-myopathique.

D. JOYEUX-QUERCY.

Amyotrophie généralisée à composante myotonique. Etude anatomo-clinique et classification, par Willy GEETS (de Louvain). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, mars 1951).

Observation anatomo-clinique d'un homme âgé de 53 ans présentant une atrophie musculaire généralisée à composante myotonique, dans laquelle les lésions musculaires paraissent aux auteurs avoir été primitives, les lésions nerveuses étant soit secondaires, soit associées, sous la dépendance d'un même trouble fondamental du métabolisme ou de la nutrition.

R. C.

Forme amyotrophique de la maladie de Friedreich. Existe-t-il des formes intermédiaires entre la maladie de Friedreich et la maladie de Charcot-Marie? par P. KISSEL et J. BASSOT. (*Bull. de la Société de médecine de Nancy*, séance du 8 mars 1950).

Observation de maladie de Friedreich avec amyotrophie à topographie distale, analogue à l'atrophie péronière de la maladie de Charcot-Marie. Après discussion, les auteurs concluent que la preuve anatomique est nécessaire pour admettre l'existence de vraies combinaisons entre les deux affections.

R. C.

Syndrome parkinsonien avec des amyotrophies rappelant la sclérose latérale amyotrophique et d'origine post-traumatique, par J. CORDIER (de La Hestre). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, mars 1951).

Observation d'un homme de 39 ans ayant présenté, quelques mois après un traumatisme (commotion cérébrale, perte de connaissance, pas de symptômes

focaux), une hémiparésie gauche, avec amyotrophie deux ans plus tard et syndrome rappelant la sclérose latérale amyotrophique, prédominant du côté gauche. 10 ans après : syndrome parkinsonien. Aucun antécédent encéphalitique. L'auteur, qui conclut à l'origine traumatique de cette association d'un syndrome de sclérose latérale amyotrophique d'évolution longue à un syndrome parkinsonien d'apparition tardive, signale cependant aussi une prédisposition constitutionnelle. Mais, prédisposition constitutionnelle qui « ne peut, en aucun cas, faire rejeter l'origine traumatique, vu l'importance du traumatisme et le délai relativement court entre l'apparition des troubles et le traumatisme ».

R. C.

La constitution morphologique dans la sclérose en plaques (La costituzione morfologica nella sclerosi a placche), par Alessandro POLTRONIERI (de Ferrare). (*Rivista di Neurologia*, vol. 20, fasc. 3, mai-juin 1950, p. 260-278).

Après avoir rapporté les constatations faites par divers auteurs en ce qui concerne le type morphologique des malades atteints de sclérose en plaques, l'auteur donne les résultats de ses recherches chez 40 malades. Application a été faite de la méthode de Viola, qui a permis de noter chez l'homme : 8 longitypes, 5 normotypes, 1 brachytype, 6 myxotypes, et chez la femme : 6 longitypes, 10 normotypes et 4 myxotypes. La véritable immunité des brachytypes mérite d'être notée. Des tableaux détaillés groupent tous les diamètres mesurés. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Contribution à la connaissance de l'étiologie de la sclérose latérale amyotrophique, par Luis BARRAQUER-FERRE et Luis BARRAQUER-BORDAS. (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, avril 1951).

A propos de deux observations à forme héréditaire de sclérose latérale amyotrophique, contribution à l'étiologie génotypique de l'affection, les auteurs concluent que « dans la constellation étiologique de la sclérose latérale amyotrophique, peuvent agir — et quelquefois de façon prépondérante — des facteurs héréditaires qui conduisent au développement d'une atrophie systématisée ». Ils font ressortir l'homochronie presque parfaite avec laquelle s'est présentée la maladie dans la première de ces deux familles.

R. C.

Etudes sur la paraplégie spasmodique familiale. La famille Ameil : formes très précoces et congénitales. Contribution histopathologique, par Lucien APPEL et L. VAN BOGAERT (Institut Bunge, Berchem, Anvers). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, mars 1951).

De cet important travail, accompagné de nombreuses microphotographies, les auteurs concluent à l'existence dans une même famille des paraplégies spastiques congénitales et des paraplégies très précocement acquises, n'ayant pas tous les caractères de la paralysie spastique familiale au sens de Strümpell, mais accompagnées de troubles mentaux et de troubles de la parole. Ils en rapportent trois observations. Il n'existe pas de consanguinité,

pas de malformation cérébrale, mais un processus abiotrophique spinal tendant à déborder sur les cornes antérieures et sur le système des fibres olivocérébelleuses. Prolifération de grandes cellules macrogliales dans l'écorce, les noyaux gris centraux et les noyaux intracérébelleux. Rares hétérotopies, minimes nécroses vasculaires. Les caractères anatomo-cliniques attribuent à cette forme infantile précoce un processus très particulier.

R. C.

De la pathogénie des paralysies spastiques et flasques dans les compressions spinales, par Robert H. VON MURALT (de Zurich). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 1946, vol. 63, p. 272).

Se basant sur les trouvailles opératoires dans 121 cas de compression spinale, l'auteur traite des divers aspects de ce syndrome quant à son évolution et à la restitution post-opératoire. Il prête une attention particulière à la tonicité qui se révèle indépendante des réflexes tendineux et plus sensible qu'eux. Considérations sur les différents caractères du tissu compressif, les réactions particulières (souvent peu connues jusqu'ici) des divers éléments nerveux suivant leur topographie, leur structure ou leur physiologie. Mise en garde contre toute schématisation : les réactions de la moelle et des racines posent dans chaque cas des problèmes non encore résolus.

H. BERSOT.

Le syndrome polynévritique et spastique dans l'intoxication par tricrèsylphosphate (La sindrome polineuritica e spastica nella intossicazione da tricresilfosfato), par Domenico CORBINO (de Livourne). (*Rivista di Neurologia*, vol. 20, fasc. 3, mai-juin 1950, p. 227-250).

Pendant la guerre et depuis, on a observé une assez importante quantité d'intoxication par le tricrèsylphosphate et le tri-ortho-crèsylphosphate. L'auteur fait un rappel des connaissances acquises sur le syndrome toxique polynévritique et spastique, assez semblable par de nombreux traits à la sclérose latérale amyotrophique. Puis il rapporte deux groupes de cas présentant l'apparition collective du syndrome avec évolution, trois fois vers la guérison, six fois vers la paralysie spastique.

V.-J. DURAND.

Syringomyélie juvénile avec macrosomie segmentaire discrète, par Michel-J. ANDRÉ (de Bruxelles). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, mars 1951).

Observation d'une femme de 23 ans présentant une syringomyélie cervico-dorsale droite, à début dans l'enfance, avec hypertrophie du membre supérieur homolatéral, hypertrophie portant également sur le squelette. Pas de troubles trophiques graves. Motilité conservée.

De l'examen des cas connus, il semble résulter que le début clinique dans l'enfance est moins exceptionnel dans cette forme que dans la forme classique de syringomyélie. Fréquemment, association de troubles trophiques (ostéo-arthropathies) sévères.

R. C.

Sur un syndrome syringomyélique atypique avec steppage et troubles génito-urinaires discrets, par Michel-J. ANDRÉ (de Bruxelles) (*Acta neurologica et psychiastica Belgica*, mars 1951).

Observation d'un homme de 37 ans présentant, depuis l'âge de 30 ans, un syndrome syringomyélique classique du membre supérieur gauche et, plus récemment, une parésie des membres inférieurs à prédominance distale avec steppage et troubles génito-urinaires discrets. Vraisemblablement, processus tumoral intramédullaire au niveau du renflement cervical avec extension gliomateuse vers le bulbe et la moelle lombo-sacrée.

R. C.

Complications vertébro-médullaires des staphylococcies, par Charles THOMAS (*Le bulletin médical*, 1951).

A propos de 5 observations, l'auteur, élève du professeur agrégé Raymond Garcin et qui a consacré à cette question sa thèse de doctorat, insiste sur le fait qu'à côté des abcès du cerveau, des thrombophlébites des sinus, il existe, à l'étage rachidien du système nerveux, d'autres infections à staphylocoques (spondylites, épидurites) fréquentes, depuis longtemps décrites, et qui cependant ne retiennent pas assez l'attention. Il en rappelle l'étiologie, l'anatomie pathologique, la pathogénie, la clinique (triple syndrome local, général et neurologique), en établit le diagnostic différentiel et en indique le traitement général (antibiotique) et local (chirurgical). Le pronostic est sous la dépendance de la précocité du diagnostic et du traitement. Par contre, les lésions staphylococciques du contenu de l'étui rachidien (abcès sous-duraux, arachnoïdites, méningites spinales, myélites) sont beaucoup plus rares et moins bien connues.

R. C.

Nouveau cas de pied creux neuroparalytique unilatéral chez un traumatisé de la moelle, par Maria ANDRÉ-VAN LEEUWEN et Michel-J. ANDRÉ (de Bruxelles). (*Acta neurologica et psychiastica Belgica*, janvier 1951).

Observation d'un homme de 48 ans, blessé par balles de mitrailleuse, dont l'une a touché la colonne vertébrale, entraînant un tableau clinique d'hématomyélie de l'épicône. Apparition unilatérale d'un pied creux rappelant le pied dégénératif de la maladie de Friedreich.

R. C.

Un cas de lésion directe de la moelle au cours d'un essai d'anesthésie stellaire, par Michel-J. ANDRÉ (de Bruxelles). (*Acta neurologica et psychiastica Belgica*, janvier 1951).

Observation d'un homme qui, à 67 ans, à l'occasion d'un zona très douloureux du membre supérieur gauche et pendant un essai d'anesthésie stellaire à la novocaïne, présenta un état lipothymique prolongé avec paralysie du membre supérieur et du membre inférieur du côté gauche. Trois ans après, séquelles motrices, trophiques, sensitives, paraissant définitives. Probabilité de lésion de la moelle par l'aiguille, à travers le trou de conjugaison, et par l'injection du liquide anesthésiant.

R. C.

Spina-bifida et hydrocéphalie. (Le syndrome d'Arnold-Chiari), par Maurice PASQUÉ (de Toulouse). (*La Presse médicale*, 17 janvier 1951).

D'une revue de la littérature médicale et de l'apport de 4 observations personnelles, les auteurs concluent que la spina-bifida (dans ses formes où la moelle est fixée aux parois du sac) est responsable dans la plupart des cas d'un syndrome d'Arnold-Chiari (disposition anormalement basse du cerveau postérieur dans le haut rachis cervical avec blocage à ce niveau), que celui-ci conditionne l'hydrocéphalie, laquelle, à son tour, détermine des lésions cérébrales. Une cascade de lésions secondaires se constituent ainsi à partir d'une malformation congénitale. Le traitement précoce de cette malformation primitive et de son corollaire paraît dès lors être la seule conduite logique pour en réduire au minimum les conséquences.

R. C.

Les formes algiques des arachnoïdites de la queue de cheval, par Lucien ROUQUÈS, Marcel DAVID et Christian SORS (de Paris). (*La Presse médicale*, 26 avril 1950).

Les formes algiques des arachnoïdites basses ne sont pas exceptionnelles ; en sept mois, les auteurs en ont observé 4 cas qu'ils résument et dans lesquels ils ont pu exclure avec certitude l'existence d'une hernie discale associée.

Ces arachnoïdites basses se présentent sous divers aspects anatomiques : parfois un bloc d'adhérences englobe la queue de cheval et l'on ne parvient généralement pas à isoler une racine responsable des douleurs ; parfois les adhérences sont localisées autour d'une ou deux racines dont le pincement reproduit la douleur ; parfois encore, une racine est amarrée à l'orifice de la gaine par des pinceaux fibreux dont la traction déclenche la douleur spontanée, le pincement radiculaire donnant une douleur différente.

L. R.

Sur un syndrome compressif de la queue de cheval (neurinome) avec mal perforant du talon, par Michel-J. ANDRÉ (de Bruxelles). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, janvier 1951).

Observation d'un homme de 53 ans présentant un syndrome de compression de la queue de cheval, par un neurinome, avec large mal perforant du talon gauche ayant entamé le calcanéum. Régression partielle des symptômes après intervention chirurgicale. Les auteurs font observer que le niveau de la compression (L¹L²) rend probable une atteinte de la partie inférieure de la moelle.

R. C.

Neurinome isolé du nerf facial (Neurinoma isolato del nervo faciale), par Édoardo CAMINITI (de Messine). (*Il Cervello*, 26^e année, n° 5, 15 septembre 1950, p. 291-298).

L'auteur rapporte un cas de neurinome observé chez une fillette de 15 ans, à la région tempo-malaire gauche, et intéressant la branche temporo-faciale de la VII^e paire. L'ablation amena une parésie transitoire de quelques muscles peauciers de la face, disparue au bout de quelques mois. Photographies.

V.-J. DURAND.

Contribution à l'étude de la paralysie périodique (Contributo allo studio della paralisi periodica), par F. RIETTI (de Bologne). (*Rivista di Neurologia*, vol. XX, fasc. 2, mars-avril 1950, p. 128-144).

Après avoir rapporté un cas personnel de paralysie périodique sans caractère familial et avec action favorable du chlorure de potassium *per os* et d'anti-histaminiques par voie parentérale, l'auteur discute quelques problèmes posés par l'affection. Sont successivement envisagés : le comportement du potassium hématique et musculaire, l'intervention de facteurs thyroïdiens, les rapports avec la paralysie transitoire observée dans l'intoxication par sels de baryum (« pa-pin » des auteurs chinois), le rôle des phénomènes allergiques, les relations avec certains syndromes neurologiques. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement par narcose prolongée et continue, par J.S. CLAPP et A. LOOMIS. (*The American Journal of Psychiatry*, mai 1950, p. 821).

L'expérience a porté sur 57 sujets, qui furent soumis à 70 séances de narcose prolongée comprenant, les unes 14 jours consécutifs, les autres 21 jours. A signaler un cas de mort par embolie pulmonaire. La complication la plus fréquente fut la broncho-pneumonie ; elle est due à un ralentissement de la respiration, aux longues heures pendant lesquelles le sujet garde la même position, à sa moindre résistance aux infections. La pénicilline donnée par aérosols prévient cette complication. Sur 22 déments précoces traités, 8 purent reprendre leur travail. Sur 16 sujets atteints de psychose maniaque-dépressive, 12 furent récupérés socialement. Le traitement fut appliqué à 18 malades atteints de psycho-névroses, mais l'expérience a été insuffisante pour qu'on puisse en tirer des conclusions ; cependant, les auteurs admettent la possibilité d'améliorer par la narcose prolongée les états anxieux graves compliqués de phobies. L'inconvénient de ce traitement est la nécessité d'une surveillance constante du malade pendant toute sa durée.

L. MARCHAND.

La guérison des alcooliques par l'antabuse, par Maurice POROT et G. DUBOUCHER (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux d'Alger*, séance du 4 décembre 1951).

Le caractère illusoire de toutes les thérapeutiques antialcooliques antérieures à l'antabuse rend d'autant plus appréciables les résultats obtenus par les auteurs à l'aide de cette nouvelle médication. Mais cette thérapeutique, qui doit rester individuelle, doit être considérée comme une cure psychomédicamenteuse. Les auteurs signalent le très grand rôle de l'insatisfaction affective (dissociation familiale, absence d'enfants notamment) chez les alcoolomanes comme chez les buveurs. Ils insistent sur la nécessité d'établir un climat psychologique satisfaisant entre le médecin et le malade, sur la nécessité d'établir auprès du malade un « ange gardien » qui fasse prendre l'antabuse, dont l'absorption doit être rigoureusement quotidienne et d'une

durée théoriquement illimitée. La cure à l'antabuse ne doit pas être une simple cure de dégoût. Elle doit se dérouler en plusieurs étapes : établissement de plusieurs bilans (antécédents, état psychologique, état somatique, examens de laboratoire) ; puis sevrage strictement en milieu hospitalier, mise sous antabuse, réactions alcooliques (3 réactions : à 3 jours, 3 semaines et 3 mois du sevrage) et surveillance ultérieure de la prise d'antabuse avec psychothérapie. La collaboration du malade est indispensable, autant du point de vue psychologique que pour éviter les accidents et les échecs dont sont responsables les traitements insuffisamment individualisés.

L. R.

Un cas de mort pendant le traitement par une médication antialcoolique. (Le disulfite de tétradiméthyluramide), par Diogo FURTADO, Vasco CH. CHORRO et Orlando DE CARVALHO (Service de neurologie, Hôpitaux de Lisbonne). (*La Presse médicale*, 8 juillet 1950).

Après la vague d'enthousiasme déclenchée par les premières publications du traitement de l'alcoolisme par l'antabus, les auteurs présentent un cas de mort consécutive à la réaction provoquée par l'administration de l'alcool à un malade ainsi traité. Le malade est entré en somnolence après la réaction, et celle-ci s'est aggravée progressivement jusqu'au coma. La mort, survenue sept jours après la réaction, a été due à deux hémorragies cérébrales, l'une du lobe occipital, à type d'hématome intracérébral, l'autre de la circonvolution du corps calleux avec une considérable tuméfaction cérébrale.

R. C.

L'antabuse dans le traitement de l'alcoolisme dans l'armée, par J. T. ROBINSON et H. B. KIDD (*Journal of The Royal Army Corps*, novembre 1951).

Les auteurs indiquent la technique suivie, les précautions prises, et insistent sur la nécessité d'une hospitalisation initiale d'une semaine de durée précédant un congé pendant lequel, le sujet, bien que dans sa famille, devait continuer le traitement et fournir un rapport hebdomadaire. Le sujet devait avoir sur lui en permanence une carte portant la mention : « Traité par l'antabuse. Ne pas me donner d'alcool si je me trouve mal ». Dans la plupart des cas, l'usage de l'alcool a pu ainsi être supprimé et le service militaire repris ensuite de façon satisfaisante. Le succès dépend assurément de la coopération du malade et de la compréhension familiale mais aussi, ajoutent les auteurs, d'une observation très attentive, à l'hôpital, pendant la période de sensibilisation.

L'un des malades guéris avait été antérieurement traité deux fois sans résultat, par l'apomorphine et par l'insuline.

R. C.

Thérapeutiques nouvelles de l'alcoolisme chronique, par J. LABOUCARIE. (*Bull. de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse*, séance de février 1950).

La mise au point des méthodes chimiothérapiques anti-alcooliques marque un tel progrès qu'il est possible actuellement d'enregistrer d'authentiques désintoxications : a) chimiothérapie du milieu humoral par injections intra-

veineuses d'alcool hépatisé et glucosé (méthode de Lecoq), sur 12 sujets traités, 10 guérisons maintenues depuis un an à six mois ; b) cures de conditionnement par l'apomorphine, 5 sujets traités, 5 résultats favorables ; c) cures par le disulfure de tétraéthyl de thiuram (antabus), méthode remarquablement facile, efficace et particulièrement impressionnante pour le sujet (6 malades traités avec succès). L'auteur souligne le danger des « chimiothérapies de substitution », telles l'ortédrine, sources de nouvelles toxicomanies (3 cas).

R. C.

Traitement de l'alcoolisme chronique, par AÏTOFF (*Le progrès médical*, 10 janvier 1952).

Après avoir traité plus de 500 malades par l'antabuse au dispensaire du comité national de défense contre l'alcoolisme, M. Aïtoff conclut que cette médication, basée sur la possibilité de créer et de fixer un réflexe conditionné, donne des résultats du même ordre de grandeur que ceux obtenus avec l'apomorphine, n'est pas plus dangereuse, mais présente des avantages considérables. Alors qu'avec l'apomorphine, il faut une hospitalisation, un jeûne et des vomissements pénibles, le traitement par l'antabuse permet une existence normale avec l'absorption chaque jour d'un petit comprimé et, chaque semaine, trois heures plutôt désagréables que vraiment pénibles. Il est vrai que le traitement dure pendant six mois au lieu de dix jours, mais avec seulement douze à quinze présences à la consultation les jours où le sujet ne travaille pas. Et, pas d'arrêt de travail, pas de diminution de la production, frais insignifiants pour le malade ou par la sécurité sociale. Tout cela est assurément à considérer.

R. C.

Rêves produits expérimentalement comme auxiliaires psychothérapiques (Experimentally induced dreams as psychotherapeutic aids), par Francis I. REGARDIE (de Los Angeles). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 4, n° 4, octobre 1950, p. 643-648).

L'emploi de rêves provoqués pendant l'état hypnotique, et dont le thème est suggéré, permettrait d'utiles applications en psychothérapie. Elle montrerait l'utilisation des symboles par le malade, ses conceptions essentielles et son attitude en face des situations réelles. Eclairant ainsi sur la personnalité du sujet, ce procédé permet de raccourcir la durée du traitement.

V.-J. DURAND.

Electro-choc et syndrome de Basedow, par Maurice POROT (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux d'Alger*, séance du 4 décembre 1951).

L'échec trop fréquent des médications usuelles dans les syndromes de Basedow d'origine diencéphalo-hypophysaire, la très haute gravité des interventions chirurgicales thyroïdiennes chez de tels malades ont incité de nombreux auteurs à rechercher un freinateur diencéphalo-hypophysaire réellement efficace. Dans un cas de syndrome basedowien avec métabolisme basal augmenté de 63 p. 100, l'application d'une série d'électrochocs rendue nécessaire par un syndrome anxieux aigu surajouté a permis de ramener le métabolisme basal à la normale et de faire rétrocéder les symptômes basedowiens.

L. R.

La psychologie du traitement par coma insulinique (The psychology of insulin coma treatment), par R. D. SCOTT. (*The British Journal of Medical Psychology*, XXIII, n° 1-2, 1950, p. 15-44).

L'auteur envisage de façon très intéressante les fondements de l'action psychologique thérapeutique du coma insulinique. Il étudie successivement les bases biologiques, puis surtout les facteurs tenant à l'atmosphère du groupe de traitement, aux modifications de la conscience, aux relations à l'intérieur du centre thérapeutique, puis en dehors de lui, au rôle capital des sensations de mort prochaine éprouvées au cours du coma. Un certain rapprochement est fait avec les cérémonies d'initiation au cours de certaines religions. Des tableaux rappellent les indications et les résultats personnels obtenus. Au cours de l'exposé, sont rapportées des observations.

V.-J. DURAND.

Contribution au traitement de la paralysie spastique. Les alcaloïdes curarisants au service de la physiothérapie, par J. MICHAIL. (*La Presse médicale*, 7 janvier 1950).

Observations de 17 enfants atteints de syndromes spastiques (maladie de Little pour la plupart) traités par un extrait curarisant, l'intocostrin. Par ce traitement simple (injections d'intocostrin par voie intramusculaire), a été atteint le triple but : 1° de grandement faciliter le travail des physiothérapeutes ; 2° d'éviter bien des souffrances à des enfants déjà malheureux ; 3° d'éviter à la plupart d'entre eux les rigueurs d'un traitement orthopédique ou les dangers d'une opération.

R. C.

Traitement des douleurs irréductibles par l'infiltration novocaïnique préfrontale, par Maurice BUCAILLE (de Paris). (*La Presse médicale*, 15 mars 1952).

Nouvelle technique de la méthode de Mandl (1951) d'infiltration novocaïnique de la région préfrontale destinée à remplacer la lobotomie préfrontale ou la topectomie pour le traitement des douleurs irréductibles. L'auteur insiste sur l'innocuité, tout au moins sur l'absence d'accident immédiat, par cette technique qu'il a utilisée chez 10 malades. En conclusion, plus simple, moins agressive et au moins aussi efficace, l'infiltration novocaïnique préfrontale lui paraît « peut-être appelée à remplacer » la lobotomie préfrontale ou la topectomie pour le traitement des douleurs intolérables et irréductibles. Il n'a, en particulier, noté « aucune perturbation de la personnalité » et la disparition radicale, ou l'atténuation considérable, des douleurs a été obtenue dans tous les cas.

R. C.

Méningite à colibacilles au cours du post-partum ; guérison par la streptomycine, par MERGER, LEGROS et VALENTIN. (*Bull. de la Société de gynécologie et d'obstétrique*, séance du 6 mars 1950).

A la suite d'une pyélonéphrite toxique du post-partum, s'installe un tableau méningé sévère, dont l'origine colibacillaire fut prouvée par la ponction lom-

baire et l'examen du liquide céphalo-rachidien. La streptomycine générale et intra-rachidienne entraîna une guérison rapide.

R. C.

Intérêt des transfusions dans un cas de neuromyéélite optique aiguë, par GRAUX, PRUVOT et SAVARY. (*Bull. de la Société de médecine du Nord*, séance du 30 juin 1950).

Une jeune fille de 19 ans présente, à la suite d'une angine sévère, une papillite bilatérale avec mydriase, une torpeur de plus en plus prononcée et un syndrome d'irritation pyramidale portant sur les quatre membres avec incontinence d'urines. Le traitement classique et les antibiotiques n'empêchent pas l'installation d'un état alarmant ; mais deux transfusions permettent d'obtenir une rapide amélioration de l'état général et une réduction des troubles neurologiques ; toutefois, six mois plus tard, la malade présente encore une bradypsychie avec atrophie optique bilatérale.

L. R.

Du pronostic et du traitement de la paralysie traumatique du nerf oculomoteur externe, par Jules FRANÇOIS (de Gand). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, septembre 1951).

Les traumatismes crâniens sont fréquemment la cause de paralysies oculaires. Dans sept cas de paralysie traumatique du nerf moteur oculaire externe, l'auteur a utilisé avec succès, bien que longtemps après le début de la paralysie, un traitement physiothérapique consistant en l'application quotidienne, pendant un minimum de deux mois, de diathermie à ondes courtes et d'ionisation iodurée alternativement.

R. C.

Valeur du traitement non sanglant des lombo-sciatiques, par F. COSTE, P. GALMICHE et L. PAJULT. (*Bull. de la Ligue française contre le rhumatisme*, séance du 14 février 1950).

Il existe actuellement, chez beaucoup de médecins et même de malades impatients ou pressés de reprendre une profession de force, une tendance — bien explicable — à s'adresser au chirurgien dès qu'une sciatique dure ou récidive, ou même devant toute lombo-sciatique aiguë. Il en résulte que, dans bien des cas, les ressources des thérapeutiques non sanglantes sont loin d'être épuisées lorsqu'on décide d'y renoncer ; l'attraction de la chirurgie fait qu'on s'attarde de moins en moins aux autres traitements et qu'on les applique d'une façon de plus en plus sommaire.

Sur 156 lombo-sciatiques suivies, surtout à l'hôpital,* dans ces deux dernières années, les auteurs ont, dans la mesure du possible, associé dans le minimum de temps la plupart des procédés thérapeutiques non sanglants (mécaniques et autres reconnus comme utiles) : ils ont obtenu à l'issue du traitement, 91 guérisons ou fortes améliorations (58 %), 29 améliorations (19 %), 13 améliorations légères (8 %), 23 échecs (15 %).

Les résultats sont moins favorables après un recul de 6 mois, en raison des rechutes qui peuvent survenir. Au total, sur cet ensemble de lombo-sciatiques plutôt sévères, chez des sujets, en général exposés à des fatigues physi-

ques, cette statistique autorise la conclusion générale qu'un cinquième environ de ces sciaticques ressortissaient indiscutablement de la chirurgie : conclusion toute provisoire, valable en l'état actuel des techniques chirurgicales et surtout des thérapeutiques non chirurgicales.

R. C.

A propos du traitement des lombo-sciatiques par les méthodes de traction, par S. DE SÈZE et J. LEVERNIEUX. (*Bull. de la Ligue française contre le rhumatisme*, séance du 14 février 1950).

Clichés montrant les résultats obtenus par les tractions sur l'élargissement des espaces vertébraux et le soulagement des souffrances discales.

R. C.

A propos du traitement des lombo-sciatiques par les méthodes de traction, par F. COSTE, P. GALMICHE et L. PAJULT. (*Bull. de la Ligue française contre le rhumatisme*, séance du 14 février 1950).

Résultats obtenus, d'une part, par l'extension discontinue sur lit de traction, d'autre part, par la traction extemporanée sur une table de traction simplifiée. Ces procédés thérapeutiques se montrent d'une réelle utilité dans le traitement des lombo-sciatiques. Il sera intéressant, à l'avenir, d'en comparer les résultats et de préciser l'utilité éventuelle de leur association avec les autres traitements mécaniques (traction latérale, manipulations), de la lombo-sciatique.

R. C.

Traitement des sciaticques d'origine traumatique par élongation, par H. DEBIBOUR. (*Bull. de la Société de médecine de Paris*, séance du 20 octobre 1950).

M. H. Debidour apporte les premiers résultats d'un nouveau traitement curatif des lombo-sciatiques d'origine traumatique : neuf observations de malades traités et guéris dans les deux dernières années. Chez plusieurs d'entre eux, le diagnostic de hernie discale avec indication opératoire avait été posé (un cas avait même été opéré). L'auteur décrit la technique utilisée et conclut en considérant que toute lombo-sciatique traumatique devrait être traitée par élongation prolongée, évitant ainsi, le plus souvent, l'intervention.

R. C.

La rééducation des paralysies des membres inférieurs, par A. GROSSIORD et H. SAMSON (*Le bulletin médical*, 15 juin 1951).

Les auteurs étudient successivement la méthode d'examen et la conduite à suivre pour la rééducation des poliomyélitiques (traitement neuro-musculaire analytique, rééducation fonctionnelle), des polynévrites et polyradiculonévrites, des paraplégies par lésion médullaire (en dehors de la poliomyélite). Ils soulignent l'intérêt considérable de cette rééducation en neurologie, tant au point de vue individuel qu'au point de vue social, et la place de choix qu'elle doit occuper dans la thérapeutique moderne.

R. C.

La rééducation des poliomyélitiques. L'image motrice, par Denis LEROY, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes. (*La Presse médicale*, 7 juin 1950).

Toute méthode de récupération des poliomyélitiques, doit avoir ce double but : redonner aux malades le pouvoir d'exécuter le mouvement, et leur maintenir ou redonner la notion de ce mouvement. La méthode de balnéo-thérapie répond à ce double but : en supprimant la pesanteur, elle permet à l'influx nerveux de se manifester par les quelques unités motrices persistantes ; elle permet de maintenir et de recréer des sensations sensitivo-sensorielles diverses qui contribuent à éviter la disparition de la mémoire kinesthésique ou qui contribuent à sa restauration. De même, la méthode du patin à roulettes agit à ces deux points de vue et est particulièrement efficace pour assurer la transition entre le travail dans l'eau et le travail dans l'air. Il faut entreprendre le traitement le plus tôt possible après la chute de température, le lendemain s'il y a moyen, pour éviter la constitution de l'atrophie et la disparition trop complète de la mémoire kinesthésique.

Il faut faire appel à tout procédé de nature à développer et fortifier les sensations sensitivo-sensorielles (tables psychomotrices, baignoires ou piscines avec parois miroirs, glaces quadrillées fixées aux murs). Il faut une thérapeutique de mouvements « actifs » et non « passifs », car il faut mettre en action le circuit complet du mouvement volontaire.

R. C.

Considérations thérapeutiques à propos de 3 cas de poliomyélite traités par la foldine, par E. POREZ. (*Bull. de la Société de médecine du Nord*, séance du 24 février 1950).

Résultats heureux obtenus par la foldine dans le traitement de 3 enfants poliomyélitiques ; donnée à doses massives (20 à 80 mg. par jour) et pendant une semaine, elle est inoffensive et semble bien avoir, vis-à-vis de la paralysie un rôle préventif et même un rôle régressif, à condition d'être utilisée très précocement. Ces conclusions, portant sur un nombre modeste de cas, ne sauraient être formelles.

R. C.

Syndrome neuro-anémique datant de 6 ans traité par la vitamine B 12 et la mécano-thérapie, par G. GELIN et M. CANTÉGRIT (d'Oran). (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 26 mai 1950).

Observation d'une femme de 44 ans chez laquelle s'était constitué progressivement, depuis six ans, un syndrome d'atteinte combinée de la moelle (troubles profonds des sensibilités superficielle et profonde, syndrome pyramidal, troubles de la coordination des mouvements des membres inférieurs). L'hémogramme et le myélogramme (mégalo-blastose médullaire à 68 %) permettent d'affirmer l'existence d'une maladie de Biermer. Le traitement par des injections de vitamine B12 sans autre thérapeutique médicamenteuse, et la mécano-thérapie, entraînent en dix semaines une normalisation totale du myélogramme et une régression quasi-complète du syndrome neuro-anémique.

R. C.

Le traitement des topo-algies, par M. MOUGEOT. (*Bull. de la Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris*, séance du 21 janvier 1950).

Pour le traitement des topo-algies, M. Mougeot emploie les gaz thermaux, mais il substitue de plus en plus, à l'injection sous-cutanée, l'infiltration profonde au niveau ou au voisinage de l'émergence des troncs nerveux, beaucoup plus efficace. On injecte au niveau des lames vertébrales, dans les névralgies du plexus brachial et dans les névralgies intercostales. L'infiltration est pratiquée au niveau de l'échancrure sciatique, si la claudication intermittente se complique de névralgie ou névrite.

R. C.

L'anesthésiologie en neuro-chirurgie, par P. PESLE. (*Bull. de la Société française d'anesthésie et d'analgesie*, séance du 22 juin 1950).

Après avoir discuté les différentes méthodes possibles, M. P. Pesle donne sa préférence au pentothal accompagné d'une bonne oxygénation.

R. C.

Traitements nouveaux de l'énurésie, par H. AUBIN. (*Bull. de la Société des sciences médicales de Clermont-Ferrand*, séance du 8 juin 1950).

L'énurésie, toujours intégrée dans un complexe somato-psychique, est habituellement accessible à un certain nombre de traitements nouveaux chimiothérapiques (phényl-amino-propane), opothérapiques (hormone gonadotrope chorionique) et physiothérapiques : dans cette dernière catégorie figure l'électro-choc lombo-pubique, étudié à la lumière de dix observations, qui, conclut l'auteur, donne de bons résultats si l'arriération mentale n'est pas trop profonde et s'il n'existe pas de syndrome neurologique important.

R. C.

Résultats du traitement de la maladie de Basedow par le propylthiouracile. (Etude de 48 cas), par L. DE GENNES, H. BRICAIRE, J. COURJARET, G. DELTOUR et MATHIEU DE FOSSEY. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 19 mai 1950).

Statistique des cas traités par ce produit et suivis depuis plus d'un an. Cette statistique comprend : 5 goitres nodulaires, 31 goitres diffus, 3 goitres basedowifiés, 7 hyperthyroïdies sans goitre. L'ensemble des résultats obtenus est très satisfaisant et comprend 10 succès rapides, 29 succès plus lents obtenus en une année environ, et 9 échecs. Les réactions d'intolérance ont été rares, les hypogranulocytoses exceptionnelles et toujours légères et curables. Les auteurs n'ont constaté aucun cas d'agranulocytose. Au total, le propylthiouracile apparaît comme le plus efficient des antithyroïdiens de synthèse et sans doute le plus exempt de dangers.

R. C.

Traitement de la maladie de Basedow par le benzylthiouracile, par L. DE GENNES, H. BRICAIRE, J. COURJARET et G. DELTOUR. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 19 mai 1950).

Statistique de 100 cas dont 35 suivis depuis plus d'un an, de maladies de Basedow traitées par le benzylthiouracile à la dose de 0,10 à 0,20 gramme

par jour pendant une période de deux à quatre mois, suivie d'une période d'entretien de six mois à plus faibles doses. L'ensemble a donné sur 35 cas, 10 succès complets, 14 succès plus lents et 11 échecs. Le benzylthiouracile semble, à doses égales, se montrer un peu moins actif que le propylthiouracile, mais ses réactions d'intolérance sont très rares et les accidents de granulopénie constatés par les auteurs ont été facilement curables et sans lendemain.

R. C.

Sur un nouvel antithyroïdien de synthèse, le benzyl-thiouracile, par ROQUES et Y. DENARD. (*Bull. de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse*, séance de juillet 1950).

Le traitement par le benzyl-thiouracile donne des résultats immédiats brillants : en moins d'un mois, les signes de thyrotoxicose disparaissent, le malade est détendu, équilibré. L'efficacité semble la même vis-à-vis des goîtres basedowifiés secondairement que des syndromes basedowiens typiques.

L'association de sédatifs au traitement paraît indiquée. Il est par contre inutile d'associer la thyroxine, même à faible dose, la sécrétion thyroïdienne pouvant être réglée presque à volonté par l'anti-thyroïdien. Le produit est parfaitement toléré aux doses utilisées. Dans l'évaluation du retentissement sanguin, il faut tenir compte de la légère anémie avec leucopénie et lymphocytose qui est de règle dans l'hyperthyroïdie en dehors de tout traitement. Le traitement d'entretien doit être poursuivi longtemps avec une dose optima pour chaque malade.

R. C.

MÉDECINE LÉGALE

La psycho-criminologie, par Daniel LAGACHE (*Revue française de psychanalyse*, janvier-mars 1951).

En cinq chapitres, M. Lagache présente d'abord, du point de vue psychanalytique, la position du psychologue qui ne peut travailler en faisant abstraction des conditions biologiques et sociales, car il n'y a pas de « psychogénisme » pur.

Viennent ensuite l'étude des ressources du psychologue et celle de la formation de la personnalité des criminels, car la force criminogène d'une situation est fonction de la personnalité, qui est le système des conditions de la conduite.

L'examen des aspects interpersonnels des conduites criminelles achève ce travail, où il est montré que le crime doit être considéré comme une structure fondamentale de l'existence humaine et que la criminalité doit être envisagée sous un jour dynamique, vérifiée par une masse imposante de faits auxquels, à défaut d'investigations psychanalytiques et biographiques, on ne saurait opposer, ni une théorie constitutionnelle du criminel-né, ni une théorie du criminel d'habitude, produit de la société, exempts l'un et l'autre de conflits pathogènes.

M. LECONTE.

Un ménage de toxicomanes, par D. LAGACHE (*L'évolution psychiatrique*, juillet-septembre 1951).

Publication complète d'un rapport médico-légal où, précédant la justification des conclusions par un examen détaillé, l'auteur, délaissant la préoccupation policière du problème du mode de procuration des stupéfiants, s'est efforcé avant tout d'étudier la vie des deux inculpés, de rechercher comment les circonstances et leur personnalité les ont conduits à l'opiomanie et comment l'opiomanie a modifié leur personnalité et leurs existences.

M. LECONTE.

Deux cas de simulation et de pathomimie, par M. J. TRILLOT (*Annales de médecine légale et de criminologie*, sept. 1951, n° 9).

Observation de deux mythomanes, pathomimes. L'une simulait des infections diverses, hyperpyrétiques, ceci par des procédés bien connus des services de médecine et de chirurgie générales, dans lesquels la présence de telles maladies est plus fréquente qu'on ne le pense. L'autre déterminait des lésions dermatologiques. L'auteur rattache ces cas au déséquilibre mental. Cette publication montrant une fois de plus l'intérêt toujours vivant des études de Dupré.

M. BACHET.

Troubles circulatoires pulmonaires aigus par traumatisme crânien par René HERRMAN (*Annales de médecine légale et de criminologie*, oct.-nov., déc. 1951).

L'auteur rassemble les travaux concernant l'œdème pulmonaire aigu survenu après traumatisme du cerveau ou à la suite d'affections de l'encéphale. Il en étudie longuement la pathogénie, évoquant les systèmes supérieurs régulateurs, bulbaires, diencéphaliques et peut-être même corticaux. Au cours d'observations de traumatismes crâniens, accompagnés d'œdème pulmonaire, l'auteur a observé une intensité maxima des troubles vaso-moteurs, lorsque la lésion est située au niveau du diencéphale, mais dans certains cas également lorsque le siège du trauma est situé entre D1 et D4. La mort immédiate peut être due à l'œdème suraigu. Les troubles, se produisant en quelques heures ou quelques jours après le trauma, sembleraient indiquer l'infiltration ou l'extirpation du ganglion stellaire très rapide.

M. BACHET.

Les névralgies cervico-brachiales et leurs incidences médico-légales, par M. BELENGER (de Bruxelles). (*Archives belges de médecine sociale, hygiène, médecine du travail et médecine légale*, février 1951).

L'auteur, qui a surtout en vue les accidents du travail, attire l'attention sur les brachialgies post-traumatiques ou réputées telles. Il conclut que lorsque le médecin-expert se trouve devant une brachialgie post-traumatique sans dégâts osseux importants du membre supérieur, notamment de l'épaule, il y a lieu pour lui d'examiner (cliniquement et à l'aide d'une radiographie) la colonne cervicale. Souvent alors (et presque toujours si l'accidenté a dépassé la quarantaine), il pourra trouver au niveau de la colonne cervicale des signes radiologiques permettant de préciser la cause des douleurs, névralgies ou sympathalgies.

R. C.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de MARS de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 10 mars 1952*, à 10 heures *très précises*, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mars de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 mars 1952*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois d'AVRIL qu'une seule *séance*. Cette séance aura lieu le *lundi 28 avril 1952*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 12 mai 1952*, à 10 heures *très précises*, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 mai 1952*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement). *Cette séance prendra place parmi les manifestations accompagnant la célébration du Centenaire de la Société médico-psychologique.*

Nécrologie

M. le D^r J. TINEL, médecin des hôpitaux de Paris, membre titulaire de la Société médico-psychologique.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Commission consultative des hôpitaux psychiatriques

Par arrêté du 2 février, M. SABATIER, conseiller d'Etat, est nommé *président* de la *Commission consultative des hôpitaux psychiatriques* pour une durée de 3 ans, à compter du 1^{er} janvier 1952.

Sont désignés, pour une durée de 3 ans, à compter du 1^{er} janvier 1952, pour faire partie de ladite Commission, les médecins du cadre dont les noms suivent :

A titre de *délégués titulaires* : MM. X. ABÉLY, médecin-chef du Centre psychiatrique Sainte-Anne, à Paris; J. LAUZIER, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de la Chartreuse, à Dijon; M. RÉGIS, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence; H. EY, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Bonneval.

A titre de *délégués suppléants* : MM. SIVADON, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard; DAUMÉZON, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche; SCHERRER, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique d'Auxerre, et BERNARD, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Lommelet.

(J.O., 16 février 1952).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès Rorschach international

Cette *Assemblée Rorschach* aura lieu les 13 et 14 septembre 1952 à l'Université de Berne.

13 septembre 1952

9 h. : Ouverture de l'assemblée par le Dr W. MORGENTHAUER. — Statuts de la « Société Internationale du test de Rorschach et autres méthodes projectives ». — Elections diverses.

14 h. 30 : Présentation de travaux scientifiques.

14 septembre 1952 : Suite de la préparation des travaux scientifiques.

Le premier numéro de la revue internationale *Rorschachiana* paraîtra en mars-avril 1952. Le Comité de rédaction sera définitivement constitué au congrès.

Le Dr MORGENTHAUER a été élu *président d'honneur* de la Commission suisse Rorschach et est remplacé à la présidence par le Dr BASH (de Zurich).

Secrétaire international : Dr A. FRIEDEMANN, 6, chemin des Pêcheurs, Bienne (Suisse).

MÉDECINE PSYCHOSOMATIQUE

Victor Hugo et la médecine psychosomatique

On lit dans *Médecine et hygiène* (Genève, 1^{er} février 1952), sous la signature du Dr LÉON WEBER-BAULER et sous le titre « Réminiscences », les lignes suivantes de Victor Hugo.

Au cours de la lecture de textes inédits de Victor Hugo, rassemblés par Henri Guillemin (Victor Hugo, Pierres, éd. du Milieu du Monde, Genève, 1951), nous avons trouvé ce fragment d'un psychosomatisme vieux d'un siècle.

L.W.B.

16 décembre 1847.

« M. Luiset, le médecin des fous, est certain de devenir fou. La contagion de la folie a ceci de remarquable que, ne se communiquant pas par le toucher, comme la rage, la peste, la vérole, etc., ne se communiquant pas par l'air respirable comme le typhus, le choléra, la fièvre jaune, etc..., la maladie se communique évidemment par l'imagination, le troisième agent morbide, troisième véhicule auquel les médecins n'avaient pas pensé.

« Plus on va, plus on reconnaîtra que les maladies peuvent naître, empirer, guérir par l'imagination. En médecine comme en autre chose, la foi sauve. Ceci n'est qu'une vue jetée de côté sur une immense question. J'y reviendrai. »

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Réunion d'études sur l'alcoolisme

La première réunion européenne d'études sur l'alcoolisme s'est tenue à Copenhague, du 22 octobre au 3 novembre 1951, sous les auspices du Gouvernement du Danemark et avec la coopération des Nations-Unies et de l'Organisation mondiale de la santé. Des médecins, des psychologues, des membres des services sociaux, des infirmières et des administrateurs de la santé publique, appartenant à onze pays différents, ont eu la possibilité, au cours de cette réunion, d'entendre des exposés et de prendre part à des discussions concernant les causes et le traitement de l'alcoolisme, ainsi que ses répercussions dans le domaine social et sur la santé publique.

Les travaux de cette réunion d'études ont été organisés et dirigés par le Dr E. M. JELLINEK, expert-conseil de l'Organisation mondiale de la santé en matière d'alcoolisme, ainsi que par le Dr M. SCHMIDT, de Copenhague. Des exposés ont été présentés, d'autre part, par le Dr I. MATTE BLANCO (Chili) ; le Dr E. JACOBSEN, M. V. WEDELL-WEDELLSBORG et les professeurs E. LUNDSGAARD et S. STRØMGREN (Danemark) ; le Dr R. FLEMING et le Dr J. MASSERMAN (Etats-Unis d'Amérique) ; le Dr L. HAKOLA (Finlande) ; le professeur L. E. DÉROBERT et le Dr P. FOUQUET (France) ; le Dr O. ODEGARD (Norvège) ; le Dr P. H. ESSER (Pays-Bas) ; le Dr H. PULLAR-STRECKER (Royaume-Uni) ; le Dr J. A. HÖJER et les professeurs S. FORSSMAN, L. GOLDBERG et G. LUNDQUIST (Suède) ; le professeur M. MÜLLER (Suisse) ; le Dr S. BETLHEIM (Yougoslavie), et le Dr P. O. WOLFF, de l'Organisation mondiale de la santé, chef de la section des drogues engendrant la toxicomanie.

L'évolution de la méningite cérébro-spinale dans le monde

D'une étude du Dr M.-J. Freyche, chef de la section de l'Information épidémiologique de l'Organisation mondiale de la santé, basée sur les statistiques des dix dernières années, il résulte que l'Afrique reste le continent où la méningite cérébro-spinale sévit avec le plus d'intensité. En 1949, par exemple, le nombre de décès dans la Nigeria fut égal au nombre de décès déclarés en Europe pendant la même année. Trois poussées épidémiques, de gravité croissante, ont eu lieu sur le continent africain en 1939-1940, 1945-1946, et 1948, particulièrement dans la région des savanes et des forêts clairsemées, entre le 5° et le 15° degré de latitude nord.

La méningite cérébro-spinale serait peu fréquente en Asie, malgré de légères poussées, en Indochine en 1940, en Chine en 1944.

En Espagne, Finlande, France, Italie et aux Pays-Bas, la fréquence de la maladie diminue d'année en année.

D'après les statistiques, une certaine périodicité de la maladie a pu être observée (8 ans environ, par exemple, aux Etats-Unis et au Danemark) avec une évolution saisonnière régulière, maximum en mars-avril, minimum en juin-novembre dans l'hémisphère nord (mouvement saisonnier qui est inversé dans l'hémisphère austral). Les mobilisations et les guerres peuvent intensifier une poussée quand elles surviennent au cours d'une de ces périodes.

L'auteur ajoute que la mortalité varie souvent en sens inverse de l'incidence saisonnière de l'infection. D'après certaines statistiques, les années de forte incidence semblent avoir été les années de faible mortalité (?).

ASSISTANCE

Les maladies nerveuses aux Etats-Unis

Pour 13.000.000 de personnes atteintes de maladies nerveuses, les U.S.A. ne disposeraient que de 244 neurologistes qualifiés et que de 904 neuro-psychiatres. Les psychiatres sont, en effet, plus nombreux que les neurologistes, encore que leur nombre ne soit pas excessif.

A cause sans doute de la complexité du système nerveux, les recherches sur ces maladies ont traîné. Il n'y a qu'un an que l'Etat américain vient de créer un *Institut de neurologie*, le plus jeune des 7 Instituts nationaux.

Le directeur de cet Institut est le Dr PERCIVAL BAILEY, bien connu des neurologistes français. Il vient de faire le bilan des malades atteints d'affections nerveuses, qui se décompose ainsi : 4.500.000 malades atteints de surdité, 1.700.000 atteints de cécité, 300.000 malades atteints de sclérose en plaques, 400.000 atteints de ramollissement cérébral, 1.500.000 hémiplegiques, 1.000.000 atteints de maladie de Parkinson, 800.000 épileptiques, 100.000 atteints de dystrophies musculaires et 250.000 atteints de séquelles polio-myélitiques et d'innombrables blessés de la moelle et du crâne à la suite d'accidents.

L'Institut espère pouvoir faire des dons aux Ecoles de médecine pour développer l'enseignement de la neurologie et entretenir un fonds de recherches sur les problèmes neurologiques.

(La Presse médicale, 6 février 1952).

THÉRAPEUTIQUE

Une enquête de « Médecine et hygiène », pour ou contre la leucotomie préfrontale

« Médecine et hygiène », l'excellent journal d'informations médicales, publié à Genève sous la direction du Dr LÉON WEBER-BAULER, a posé un certain nombre de questions concernant la légitimité, les indications, les avantages et les inconvénients de la leucotomie préfrontale, à des psychiatres, des psycho-chirurgiens et des médecins-légistes des Etats-Unis, de France et de Suisse. On consultera avec intérêt les réponses à cette enquête parues dans les numéros des 1^{er} février, 15 février et 1^{er} mars 1952 de ce journal. De ces réponses, nous ne pouvons indiquer ici que les titres.

Pour le professeur WALTER FREEMAN (de Washington), on peut comparer la psychochirurgie à toute autre intervention chirurgicale destinée à soulager la souffrance. Le professeur PIERRE WERTHEIMER (de Lyon) et le Dr ANGEL (de Lyon), considèrent la lobotomie comme un acte effectif par ses résultats. Ces résultats dépassent souvent toute espérance, déclare le professeur JEAN LHERMITTE (de Paris). Mais on ne peut juger du résultat qu'après un délai de trois ans, ajoute le Dr H. BERSOT (du Landeron, Neuchâtel). La psychochirurgie permet de guérir des malades considérés auparavant comme des infirmes définitifs, constate le Dr PAUL COSSA (de Nice). Tandis que pour le professeur FERDINAND MOREL (de Genève), la leucotomie, qui ne guérit jamais une schizophrénie, ajoute à celle-ci une maladie irréversible. C'est également l'avis du professeur agrégé HENRI BARUK (de Paris), pour qui cette thérapeutique doit disparaître sous la forme où elle est pratiquée actuellement. Par contre, pour le Dr C. FEUILLET (de Nancy), comme pour le Dr PAUL COSSA, la psychochirurgie ouvre une porte de salut à des malades voués naguère à une existence lamentable. Mais le Dr ERNA HOCH (de Bâle), ne voit, en dehors d'une irrépressible propension au suicide, aucune autre indication impérative pour la leucotomie. Et le

D^r J.-D. BUFFAT (de Lausanne), signale les altérations définitives déterminées au niveau du système nerveux par la leucotomie. Tandis que le D^r Maurice POROT (d'Alger) examine les conditions dans lesquelles on peut tenir la psychochirurgie pour légitime, le D^r SCHNEIDER (de Lausanne) conclut que la lobotomie est un procédé palliatif. Les importants problèmes juridiques posés par la psychochirurgie sont passés ensuite en revue par le professeur F. NAVILLE (de Genève).

Mais les titres donnés à ces réponses, lesquelles sont appuyées d'arguments nombreux et de considérations diverses, en donnent un aperçu très insuffisant. On voit cependant combien souvent les avis de psychiatres expérimentés diffèrent sur l'opération imaginée par Egas Moniz. On sait que la leucotomie est interdite dans certains pays, en U.R.S.S. par exemple, qu'elle a pris place ailleurs, au contraire, parmi les pratiques courantes de la thérapeutique psychiatrique moderne. Son application et ses résultats posent d'importants problèmes médico-légaux. On lira donc avec intérêt l'enquête de *Médecine et hygiène*, sur laquelle ces quelques lignes n'ont d'autre but que d'attirer l'attention.

L'emploi de l'histamine en thérapeutique psychiatrique

L'histamine a été utilisée en injections pour le traitement de la schizophrénie, des états de dépression, des psychoses d'involution, l'insulinothérapie et l'électrochothérapie étant réservées aux cas réfractaires à l'histamine. Mais le traitement par l'histamine peut également être combiné avec les traitements par l'insuline ou l'électro-choc (Paul KAUFMANN, *International Record of Medicine*, 1951, 164, pages 358-366).

Le traitement hormonal de la schizophrénie et des psychoses puerpérales

Le traitement de la schizophrénie juvénile et des psychoses puerpérales par de grosses doses de testostérone et d'œstradiol est basé sur l'indication de rétablir un équilibre hormonal dans des états d'hyperactivité de la cortico-surrénale.

Règles à suivre en cas d'avortements thérapeutiques

Ordre des Médecins. Communiqué du Conseil départemental de la Seine :

Le Conseil de l'Ordre a été averti à nouveau de ce que des avortements thérapeutiques avaient été pratiqués après une consultation donnée par trois médecins, sans que l'un d'eux soit un expert près le Tribunal ou sans qu'un protocole ait été envoyé au président du Conseil départemental de l'Ordre.

Le Conseil départemental rappelle qu'un avortement thérapeutique ne peut être décidé qu'après une consultation de trois médecins dont l'un doit être expert près le Tribunal.

Un certificat en quatre exemplaires doit être rédigé. Chacun des médecins conserve un de ces exemplaires, le quatrième est remis à l'intéressée.

En outre, un protocole donnant les raisons de la décision doit être rédigé et adressé sous pli recommandé au président du Conseil départemental dont ces médecins font partie, que l'avortement ait été exécuté ou qu'il ait été refusé à la suite de cette consultation.

Si ces médecins relèvent de Conseils différents, un exemplaire du protocole doit être adressé à chaque Conseil départemental intéressé (loi du 19 mars 1939 et décret n° 47-1169, dit Code de Déontologie).

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et Cie Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1952 (1^{er} trimestre) — Numéro d'ordre : 1481

Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 82.873. — 1952

C.O.A.L. 31.2330.